

TARTU ÜLIKOOL
Majandusteaduskond

Henri Kaljumäe

**KÕRGEIMA ETAPI KARDIOLOOGIAKESKUSTE
JUHTIMISPRAKTIKAD JA KLIINILINE
TULEMUSLIKKUS**

Magistritöö sotsiaalteaduse magistrikraadi taotlemiseks ettevõtluse ning tehnoloogia
juhtimise erialal

Juhendaja: teadur Krista Jaakson

Tartu 2020

Suunan kaitsmisele

teadur Krista Jaakson

Olen koostanud töö iseseisvalt. Kõik töö koostamisel kasutatud teiste autorite tööd, põhimõttelised seisukohad, kirjandusallikatest ja mujalt pärinevad andmed on viidatud.

.....

Henri Kaljumäe

SISUKORD

SISSEJUHATUS	5
1. TÕENDUSPÕHISE JUHTIMISE KONTSEPTSIOON, JUHTIMISPRAKTIKAD NING KLIINILISED TULEMUSNÄITAJAD TERVISHOIUS	11
1.1. Tõenduspõhise juhtimise kontseptsiooni mõiste ning eripära tervishoius.....	11
1.2. Juhtimispraktikate mõiste ja eripära tervishoius.....	19
1.2.1. Tulemuslikkuse hindamise ja juhtimise süsteem ning mittefinantsilised tulemuslikkuse võtmenäitajad tervishoius	26
1.2.2. Talentide juhtimine tervishoius.....	33
1.3. Seosed juhtimispraktikate ja kardioloogiakeskuste kliinilise tulemuslikkuse vahel	39
2. JUHTIMISPRAKTIKAD JA KLIINILINE TULEMUSLIKKUS KÕRGEIMA ETAPI KARDIOLOOGIAKESKUSTES.....	42
2.1. Uurimismetoodika ja valimi kirjeldus	42
2.2. Uuritavate keskuste juhtimispraktikate ja kliinilise tulemuslikkuse analüüs	48
2.3. Järeldused ja ettepanekud Eesti kõrgeima etapi kardioloogiakeskustele juhtimispraktikate täiustamiseks	66
KOKKUVÕTE.....	70
VIIDATUD ALLIKAD	74
Lisad.....	93
Lisa 1. Uurimuses kasutatud juhtimispraktikate hindamise küsimustik	93
Lisa 2. Tervishoius kasutatavad mittefinantsilise tulemuslikkuse hindamise võimalused	108

Lisa 3. WMS mudeli juhtimispraktikad ja uuritavate keskuste juhtimisskoorid	
109	
Lisa 4. WMS juhtimispraktikate mudeli eestikeelne tõlge	110
Lisa 5. Valideerimistulemused Põhja-Eesti Regionaalhaiglas.....	125
Summary	126

SISSEJUHATUS

Käesoleva magistr töö raames uurib töö autor, kuidas juhtimispraktikate rakendamise ulatus on seotud suurhaiglate kardioloogiakeskuste tulemuslikkusega. Juhtimispraktikaid vaatleb autor kui juhtimiskapitali, mis võimaldab läbi tervishoiuteenuse kvaliteedi paranemise maksimeerida haiglate tulemuslikkust. Tulemuslikkuse all hindab autor kahte tulemuslikkuse võtmenäitajat: ägeda müokardiinfarkti (ÄMI) järgset 30-päeva suremust ning statiinravi rakendamise ulatust haiglast väljakirjutamisel ÄMI järgselt.

Juhtimise analüüs osana haiglate tulemuslikkuse hindamisest on osutunud kasulikuks lähenemisviisiks, mille üheks võimaluseks on haiglate juhtimispraktikate ja tulemuslikkuse vaheliste seoste hindamine (Adhikari *et al.* 2015: 143). McConnell *et al.* (2013) on leidnud, et juhtimispraktikate aktiivne rakendamine võimaldab langetada ÄMI järgset 30-päeva suremust ning Bradley *et al.* (2005) on järeldanud oma uurimuses, et lisaks mõjutab juhtimispraktikate rakendamine ka ÄMI ravis kasutusel olevate ravimite ordineerimise ulatust. Arvestades, et statiinravi (kolesteroolitaset langetav ravi), mis parandab infarktahaigete prognoosi, on kaasaegse müokardiinfarkti ravi üheks nurgakiviks (Ostadal 2012: 227), leiab töö autor, et mõlemad töös kasutatavad tulemuslikkuse näitajad on olulised, mistõttu sobivad käsitlemiseks töö empiirilises osas.

Ühinenud Rahvaste Organisatsiooni (ÜRO) aastal 2019 avaldatud maailma rahvastiku vananemise raporti kohaselt toimub järgnevate aastakümnete jooksul inimpopulatsiooni märkimisväärne demograafilise struktuuri muutus (*World Population Ageing* 2019: 1). Selle hinnangul kahekordistub üle 65-aastaste elanike arv maailmas aastaks 2050, võrreldes aastaga 2019. Rahvastiku vananemist mõjutab vähenenud sündimus, madal suremus ja oodatava eluea pikenemine sünnimomendil, mis mainitud ÜRO raporti kohaselt on aastateks 2015-2020 tõusnud 72,3 eluaastani (2015. aasta ÜRO raporti kohaselt oli aastatel 1950-1955

vastav näitaja 46,8 aastat). Üle 65-aastaste vanuserühm Eestis, mille osakaal populatsioonist aastal 2013 oli 18%, moodustab aastal 2040 prognoosi kohaselt 27,6% (Vähi ja Tiit 2015: 20). Eelmiste prognoosidega võrreldes on rahvaarvu vähenemine ja elanikkonna vananemine Eestis siiski aeglustunud (Statistikaamet 2019: 18).

Majanduskoostöö ja Arengu Organisatsiooni (OECD) raporti (2018) hinnangul registreeriti 2015. aastal Euroopa Liidu liikmesriikides kokku üle 5,2 mln surma, millest 80% esines üle 65-aastaste vanuserühmas. Raporti kohaselt moodustasid kardiovaskulaarsed surmad ~35% kõikidest surmajuhtumitest, olles seeläbi surmapõhjuseks esimesel kohal ning isheemiline südamehaigus on jätkuvalt levinuim südame-veresoonkonna haigus. Aastal 2018 registreeriti Eestis 7957 vereringeelundite haigustest põhjustatud surma (Tervise Arengu Instituut 2019), mis moodustas 51% kõikidest surmajuhtumitest. Kuigi kardiovaskulaarne suremus langeb enamikus Euroopa riikides, on Ida-Euroopas (s.h Eestis) suremus südamehaigustesse endiselt kõrgem ning Euroopa kardiovaskulaarsete haiguste statistika kohaselt kaotatakse antud piirkonnas enim eluaastaid (Wilkins *et al.* 2017: 8). Mainitud OECD statistika põhjal on kardiovaskulaarsed haigused tervikuna seotud iga-aastaselt umbes 210 mld euro suuruse kuluga Euroopa Liidu majandusele (s.h 111 mld eurot on otsesed tervishoiukulud ja 54 mld eurot on seotud haigestumise tõttu saamata jäänud tuluga).

Magistritöö autori seisukohast on vananemisega seotud erinevatest aspektidest üks olulisemaid selle seos haigestumuse ning suremuse kasvuga. Eelmainitud demograafilistest muutustest johtuvalt võib oodata järjepidevat koormuse tõusu tervishoiuteenuste osutajatele ning riiklike kulutuste suurenemist tervishoiusektori rahastamiseks. OECD (2013) hinnangul muutub 50 aasta jooksul oluliselt liikmesriikide vajadus panustada meditsiinisüsteemi. Prognoosi kohaselt kulub OECD liimesriikidel tervishoiusüsteemi rahastamiseks 2060. aastal keskmiselt 9,5% SKP-st (aastatel 2006-2010 keskmiselt 6,9%). Nõrga riikliku tervishoiustrateegiaga riikides võivad kulutused olla veelgi suuremad, mille üheks põhjuseks peetakse just töjõukulude kasvu. Võrdluseks Eesti 2019. aasta riigieelarve, milles tervishoiuinvesteeringute suurus 1,55 mld eurot moodustab 5,7% SKP-st (2019. Aasta Riigieelarve...2019: 29). Lisaks haigestumuse kasvule ning nõudluse suurenemisele teenuste järele, süveneb spetsialiseerunud töjõuressursi puudus, mida Eesti haiglavõrgu jätku-

suutlikkuse auditi hinnangul mõjutab tugevalt vananev meditsiinipersonal (Haiglavõrgu jätkusuutlikkus. Riigikontrolli...2010: 69-70).

Probleemiks Eestis kehtiva solidaarse ravikindlustuse printsiibist lähtuvalt saab olema märkimisväärne proportsiooni muutus meditsiiniteenuse tarbijate ja sellesse panustajate vahel ning süvenev düsbalanss. Kuigi solidaarne ravikindlustus vähendab haigestumisega seotud mõju sissetulekutele, parandades juurdepääsu meditsiiniteenustele (Gelormino *et al.* 2011: 226), on süsteemile ette heidetud kulukust (González Álvarez ja Barranquero 2009: 793), mis on tingitud nii kasvanud patsientide nõudlusest kui ka haiglate huvist teenust pakkuda. Eesti ravikindlustuse jätkusuutlikkuse prognoosi (2014) kohaselt on haigekassa tulude ja kulude vahe, tänase olukorra jätkumisel pikemaajaliselt, negatiivne ning tulenevalt tööturu- ja rahvastikum muutustest hakkab aastast 2030 defitsiit veelgi kiiremini kasvama. Ennustusele tuginedes ammenduvad Eesti Haigekassa reservid aastaks 2022. Aruanne toob välja, et lisaks demograafilistele muutustele sõltub rahastuse jätkusuutlikkus ka muudest teguritest, millest kesksel kohal on tervishoiu laiem korraldus (s.h innovaatiliste tehnoloogiate kasutamine, tervishoiuteenuste võrgustumine ja tervisekäitumine).

Aastal 2015 moodustati Sotsiaalministeeriumi eestvedamisel töörühm, mis koostas tervishoiu rahastamise jätkusuutlikkuse analüüsi (2015) ning edastas selle põhjal ettepanekud Vabariigi Valitsusele. Hõlmatud valdkonnad olid rahastamise jätkusuutlikkus ja tulubaasi laiendamine, kindlustuskaitse ulatus ja omaosalus ning süsteemi toimivuse parandamine ja efektiivsuse suurendamine. Analüüsi raames tellis Eesti Haigekassa Maailmapangalt uuringu, et hinnata Eesti tervishoiukorraldust. Töörühma raportis rõhutati Eesti tervishoiu haiglaravi- ning eriarstikesksust, toonitades seejuures esmatasandi tervishoiu tugevdamise olulisust ning standardiseeritud patsiendikäsitlust. Magistritöö autori hinnangul aga jäeti analüüsi fookusest põhjendamatult välja haiglad kui tervishoiuteenuse osutajad. Arvestades asjaolu, et Eesti Haigekassa 2018. aasta eelarves moodustasid eriarstiabi kulud 71,6% tervishoiuteenuste eelarvest (Eesti Haigekassa...2018: 8), siis autori vaatevinklist oleks oluline hinnata ka tervishoiuasutuste tasandil kulude kontrollimise võimalusi ning veenduda, et tervishoiuteenuste osutamiseks mõeldud vahenditest saadav kasu oleks maksimaalne. Eelevalt mainitud Riigikontrolli 2010. aasta aruande põhjal iseloomustab statsionaarset

eriarstiabi selle koondumine kõrgeima etapi keskustesse, mis viitab samuti haiglakesksusele meditsiiniteenuste osutamisel.

Viimase nelja aasta jooksul on Tartu Ülikoolis kaitstud neli ja Tallinna Tehnikaülikoolis üks lõputöö Eesti haiglate (vastavalt AS Rakvere Haigla, AS Valga Haigla, SA Ida-Viru Keskhaigla, AS Ida-Tallinna Keskhaigla ning Põhja-Eesti Regionaalhaigla ja Tartu Ülikooli Kliinikum) näitel, millest neljal juhul analüüsiti tulemuslikkuse hindamist ja ühes uurimuses nii tulemuslikkuse hindamist kui ka juhtimist. Primaarselt keskenduti kõigis töödes finantsiliste ja mittefinantsiliste tulemusnäitajate hindamisele, kuid uurimistöid, milles konkreetsemalt haiglate juhtimisega seonduvaid paradigmasid ja haiglate kliinilist tulemuslikkust uuritud, magistritöö autori hinnangul Eestis tehtud ei ole.

Jätkusuutlik ja hästi funktsioneeriv tervishoiusüsteem on riigile prioriteediks. Eelmainitud tervishoiusüsteemi jätkusuutlikkuse analüüsid on autori hinnangul pööratud tähelepanu enam rahastamisele ja süsteemi kui terviku toimivuse parandamisele, jättes seejuures hindamata võimalusi konkreetsemalt haiglatasandil sisuliste muutuste elluviimiseks. Olukorras tulevikus, kus nõudlus tervishoiuteenuste järele kasvab kiiremini kui haigekassa võimalused selle finantseerimiseks, tuleb magistritöö autori hinnangul pöörata tähelepanu muuhulgas ka tervishoiuteenuse osutajate organisatsiooniliste tugevuste maksimeerimisele ja nõrkuste vähendamisele, tagades seeläbi olemasoleva ressursi optimaalse kasutamise. Sellist seisukohta toetab asjaolu, et tervishoidu suunatud vahendite osakaal SKP-st on Eestis madalam võrreldes OECD keskmisega ning elanikkonna vananemine puudutab otseselt ka praktiseerivaid arste. Seega, lisaks rahapuudusele, saab tulevikus olema reaalseks probleemiks ka inimressursi puudus. Haiglate ja nende allüksuste olemasoleva võimekuse efektiivne kasutamine eeldab töö autori hinnangul eesmärgipäraseid ja tõenduspõhiseid juhtimispraktikaid. Juhtimise kvaliteedi aktuaalsus on hetkel ilmekalt näha Tartu Ülikooli Kliinikumis, mille eskaleerivas juhtimiskriisis on tõenäoliselt suurimaks kaotajaks patsiendid. Sajandi seni suurima väljakutse haiglate juhtimisvõimekusele on esitanud ülemaailmse pandeemia leviv koroonaviiruse haigus Covid-19.

Kuigi otsesed kulud tervishoiule ja kaudsed kulud (nt haiguspäevaraha väljamaksmisega seotud kulud ja saamata jäänud tulu) mitmete teiste krooniliste haiguste (nt diabeet ja kasvajakasvaja) käsitluses ületavad südamehaiguste raviga seotud kulutusi, on südameveresoonkonna haigused seotud märkimisväärse koormusega riigi rahakotile (Euroopa Komisjoni koduleht 2020). Et haigestumus südame-veresoonkonna haigustesse on Euroopa Liidus (s.h Eestis) kõrge, olles surmapõhjusena endiselt esimesel kohal, siis kardioloogilise profiiliga keskuste tähtsus tervishoiuteenuse osutamisel on suur ka edaspidi. Autor eeldab, et ka väikesed sisulised muutused põhiprotsesside ning juhtimise tasemel võivad avaldada olulises teenuse kvaliteedi paranemises ning kardioloogiakeskused tervikuna sobiks eelmainitud põhjustel uurimisobjektideks. Aluseks uurimisobjekti valikul oli ka autori professionaalne ja isiklik huvi kardioloogia vastu ning uurimuse sisendandmete hankimise eeldatav mugavus.

Autor nendib, et uurimistulemused ja -järelused kirjeldavad küll kõige täpsemini uurimuses vaadeldud kardioloogiakeskuseid, kuid arvestades juhtimispraktikate universaalsust ja eeldades, et suuremate keskuste juhtimise kvaliteet võiks peegeldada ka haigla kui terviku juhtimiskvaliteeti ning vastupidi, leiab autor, et juhtumivalik ei piira oluliselt võimalusi tulemusi üldistada ning üle kanda teistele (kardioloogia)keskustele, aga ka haiglale tervikuna. Antud magistr töö tervikuna võiks olla väärtuslikuks vahendiks Eesti haiglate ja nende allüksuste juhtidele tõenduspõhise juhtimise ja juhtimispraktikate paradigma tutvustamisel.

Käesoleva töö eesmärk on läbi kardioloogiakeskuste juhtimispraktikate ja kliiniliste tulemusnäitajate analüüsi teha ettepanekuid Eesti kahe suurhaigla kardioloogiakeskuse juhtimispraktikate täiustamiseks. Eesmärgini jõudmiseks on magistr töö autor püstitanud järgmised uurimisülesanded:

- mõtestada lahti tõenduspõhise juhtimise ja juhtimispraktikate kontseptsioon;
- kirjeldada meditsiinis kasutusel olevaid kliinilisi tulemusnäitajaid ja nende olulisust;
- tuua välja seosed haiglate juhtimispraktikate ning tulemuslikkuse vahel;
- analüüsida uuritavate haiglate juhtimispraktikaid ning kliinilisi tulemusnäitajaid;

- tuginedes teoreetilistele lähtekohtadele ja autoripoolse analüüsi tulemustele töötada välja ettepanekud ja soovitusel juhitud praktikad täiustamiseks Eesti kõrgeima etapi kardioloogiakeskustes.

Et autori hinnangul Eestis analoogseid uurimistöid varasemalt tehtud ei ole, siis töö teoreetiline tagapõhi tugineb välismaisele erialakirjandusele. Autor alustab teoreetilist peatükki tausta avamise ja konteksti loomisega, tutvustades erialakirjandusele tuginedes tõenduspõhise juhtimise kontseptsiooni ja juhtimispraktikaid tervishoiuasutustes. Seejärel kirjeldab autor põgusalt tulemuslikkuse hindamise ja juhtimise süsteemi, talentide juhtimist tervishoius ning kliiniliste tulemusnäitajate kasutamise vajadust ja olulisust meditsiinis, andes ülevaate seostest haiglate juhtimispraktikate ja tulemuslikkuse vahel.

Magistritöö empiiriline osa seisneb uuritavate haiglate kardioloogiakeskuste juhtimispraktikate ning kliinilise tulemuslikkuse kvalitatiivses sisuanalüüsis. Autor soovib märkida, et tegemist ei ole erinevate nähtuste vahelise põhjuslikkuse kirjeldamisega, vaid nende mõistmise ja selgitamisega. Sisend andmeanalüüsiks pärineb primaarselt kvalitatiivsest juhtimispraktikate küsimustikust ning kliinilise töö tulemuslikkuse aruannetest. Magistritöö autor kasutab juhtimispraktikate hindamisel Bloomi ja Van Reeneni (2007) loodud ja hiljem McConnell *et al.* (2013) poolt kohandatud mudelit haiglate juhtimispraktikate analüüsimiseks. Empiiriline osa pöördub analüüsitulemuste seostamisega töö teoreetilise peatükiga ning järelduste ja ettepanekute tegemisega Eesti kahe suurima kardioloogiakeskuse juhtimispraktikate täiustamiseks.

Magistritöö autor soovib tänada magistritöö juhendajat (Krista Jaakson), uurimusse panustanud juhte (prof Jaan Eha, dr Jaanus Laanoja, dr Rein Kolk, dr Toomas Särev), arste ning oponenti (Kristjan Vassil) igakülgse abi, konstruktiivse tagasiside ja aja eest ning oma perekonda kannatlikkuse ja moraalse toe eest.

Märksõnad: tõenduspõhine juhtimine, juhtimispraktikad, tulemuslikkus, tervishoid.

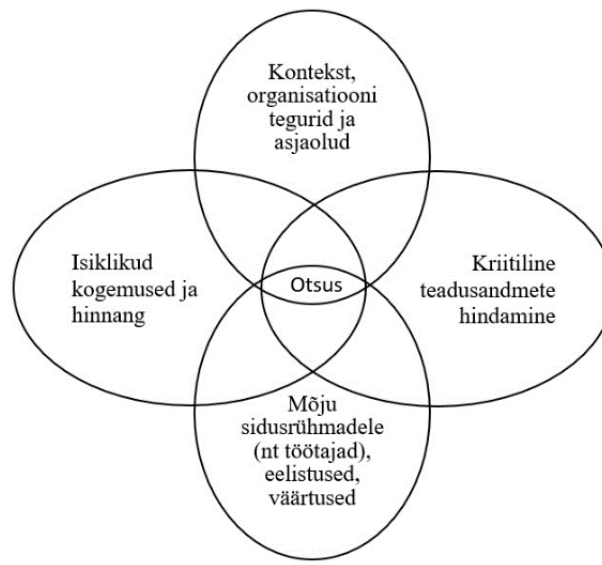
Teaduseriala koodid (CERCS): S189, S190

1. TÕENDUSPÕHISE JUHTIMISE KONTSEPTSIOON, JUHTIMISPRAKTIKAD NING KLIINILISED TULEMUSNÄITAJAD TERVISHOIOUS

1.1. Tõenduspõhise juhtimise kontseptsiooni mõiste ning eripära tervishoious

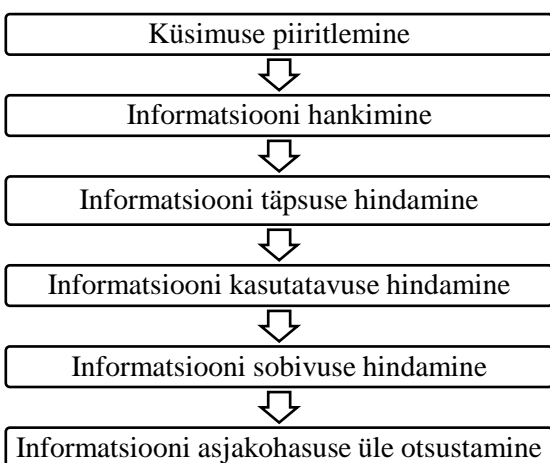
Informatsioonil ja selle kasutamise oskusel põhineva tõenduspõhise juhtimise juured on tõenduspõhises meditsiinis, millest on kujunenud tunnustatud meetodite süsteem tänapäeva tervishoious, olles aluseks kaasaegsele patsientide ravikäsitlusele. Tõenduspõhine meditsiin seisneb parimate teadusandmete õiglasel, piiritletud ja mõistlikus kasutamises raviotsuste vastuvõtmisel (Sackett *et al.* 1996: 71). Traditsiooniliselt on ravimisel usaldatud intuitsiooni, tuginedes ebasüsteemiliselt isiklikule kogemusele ja teadmistele. Uus paradigma väärtustas aga kliinilist teadustööd sisendina raviotsuste tegemisel (Guyatt 1992: 2420). Guyatt nägi tõenduspõhises meditsiinis võimalust tervishoiuteenuse kvaliteedi parandamiseks.

Paralleelselt tõenduspõhise meditsiini arenguga hakati tähelepanu pöörama **tõenduspõhisele juhtimisele**. Magistritöö autori hinnangul võis põhjuseks olla arusaam, et kvaliteetse tervishoiuteenuse osutamine ei seisne ravijuhendite järgimises, vaid multidistsiplinaarses lähenemises. Pfeffer ja Sutton (2006) peavad tõenduspõhise meditsiini paradigmat aluseks tõenduspõhisele juhtimisele – juhid otsivad parimat tõendust organisatsiooni haiguste raviks. Kirjanduses on autorite käsitlus tõenduspõhise juhtimise kontseptsioonist analoogne. Briner *et al.* (2009) hinnangul seisneb tõenduspõhine juhtimine **parima olemasoleva info** õiglasel, selgepiirilises ja mõistlikus kasutamises juhtimisotsuste vastuvõtmisel. Autorid toovad välja neli informatsiooni elementi, millest otsuste vastuvõtmisel lähtuda (joonis 1). Sohrabi ja Zarghi (2015) rõhutavadki mitmekülgse informatsiooni olulisust ja vaatlevad tõenduspõhist juhtimist tööriistana, mis toetab juhte otsustusprotsessis. Magistritöö autori hinnangul ei välista tõenduspõhine juhtimine seega subjektiivsust juhtimisotsustes, kuid minimeerib seda.



Joonis 1. Tõenduspõhises juhtimises kasutatava informatsiooni elemendid
 Allikas: (Briner *et al.* 2009: 22); autori kohandused.

Lisaks informatsiooni olulisusele rõhutavad Barends *et al.* (2014) ka oskust informatsiooni kriitiliselt analüüsida, mis tähendab, et juhtimisotsused peavad tuginema olemasoleva **informatsiooni kriitilisele analüüsile**. Walshe'i ja Rundalli (2001) hinnangul võimaldab see kõrvale jätta isiklikud huvid ja ebasüsteemalise isikliku kogemuse asemel lähtuda hoopis parimast olemasolevast informatsioonist. Informatsioonikesksus, sarnaselt tõenduspõhise meditsiini paradigmaga, viitab magistritöö autori hinnangul tõenduspõhise universaalsele olemusele, mille kõige väärtuslikumaks ressursiks on informatsioon. Sellist ressursi iseloomustab kättesaadavus, täpsus, kasutatavus ja sobivus konteksti (Rundall *et al.* 2007: 328). Autorid kirjeldavad üht võimalust informatsiooni menetlemiseks juhtimisotsuste vastuvõtmisel (joonis 2), mis hõlmab fookuse määramist, info hankimist erinevatest allikatest ning selle asjakohast analüüsi. Kovner ja Rundall (2006) on varasemalt vaadelnud protsessi olulise komponendina ka võimalike alternatiivide hindamist. Seega võib defineerida tõenduspõhist juhtimist kui võimalust rakendada asjakohaseid teadusandmeid praktikas, lähtudes olemasoleva kvaliteetse ja mitmekesise teadusinformatsiooni kriitilisest analüüsist, eesmärgiga vähendada subjektiivsust juhtimisotsustes ja tõsta juhtimisotsuste kvaliteeti. Tõenduspõhise juhtimise keskne ressurss on informatsioon.



Joonis 2. Informatsiooni menetlemine otsustusprotsessis

Allikas: (Rundall *et al.* 2007: 328); autori kohandused.

Magistritöö autori seisukohast ei ole siiski selge, kas tõenduspõhine juhtimine ise on tõenduspõhine ja mil määral see mõjutab organisatsiooni tulemuslikkust. Reay *et al.* (2009) leidsid süstemaatilises kirjanduse ülevaates (144 artiklit), et kontseptsioon on enamjaolt nõrga tõenduspõhisusega, kuigi vaid üksikud autorid kahtlesid selle väärtuses. Leiti, et puuduvad veenvad empiirilised andmed tõenduspõhise juhtimise positiivsest mõjust organisatsioonide tulemuslikkusele, kuid Sohrabi ja Zarhi (2015) hinnangul võib kasulikkust siiski kontseptuaalsel tasandil kirjeldada. Magistritöö autori seisukohast põhineb selline hinnang veendumusel, et tõenduspõhise juhtimise kontseptsiooni juurutamine on eeldatavasti tulemuslikum, võrreldes juurutamata jätmiseta.

Kuigi valdav hoiak tõenduspõhise juhtimise kontseptsiooni suhtes on positiivne, on mitmed autorid kriitilised. Rousseau (2006) kritiseerib „tõenduspõhisuse“ termini liigset populaarsust, käsitledes seda ekspluateeritud moesõnana, mida kasutatakse pigem mulje avaldamiseks. Samas ei seadnud autor kahtluse alla tõenduspõhise juhtimise kontseptsiooni ennast. Arndt ja Bigelow (2007) on kriitilised kontseptsiooni liigse propageerimise suhtes, viidates selle vähesele praktilisusele organisatsioonide heterogeensuse tõttu – edukad juhtimispraktikad ühes organisatsioonis ei garanteeri edu teistes. Learmonthi ja Hardingi (2006) hinnangul seisnebki põhiline probleem kontseptsiooni tõenduspõhisuses endas.

Tõendus põhise juhtimise kontseptsiooni juurutamine praktikas on seotud mitmete **inimlike** ja **organisatsiooniliste faktoritega**. Kontseptsiooni rakendavad edukamalt juhid, kes suhtuvad kriitiliselt oma teadmisesse (Pfeffer ja Sutton 2006: 11). Reaalsuses ei ole otsustusprotsess nii ratsionaalne ja lineaarne nagu teoorias kirjeldatakse. Juhid kipuvad ka adekvaatse informatsiooni olemasolul eelistama varasemat kogemust ning lähtuma eelarvamustest (Baba ja HakemZadeh 2012: 855). Informatsiooni analüüsimisel võib olla piiravaks mitte selle hulk, vaid puudulik arusaamine sellest (Janssen *et al.* 2017: 339; Rynes *et al.* 2002: 164). Probleemiks on ka juhtide kalduvus teadusartiklitele mitte reageerima olukorras, kus puudub veenev seos tõendatud ja aktsepteeritud juhtimisvõtete ning organisatsiooni tulemuslikkuse vahel (McGahan 2007: 749). Lisaks informatsiooni hulgest ja sellest arusaamisest tingitud piirangutele leidsid Rynes *et al.* (*Ibid.*: 165), et 75% juhtidest ei loegi kunagi teadusartikleid.

Barends *et al.* (2017) leidsid, et juhte piirab kontseptsiooni juurutamisel ajapuudus ja vähesed oskused kirjanduse tõlgendamisel. Bosman (2015) hindas juhtide iseloomujooni ja hoiakuid ning leidis, et kohusetundlikkus, ekstravertsus, neurootilisus ja avatus soodustavad kontseptsiooni rakendamist. Kontseptsiooni juurutamist soodustavateks hoiakuteks peeti:

- uskumust kontseptsiooni toimivusse (selle atraktiivsust) ja avatust muutustele,
- juhtide oskust kontseptsiooni juurutada lähtuvalt organisatsiooni ressurssidest,
- juhtide tajutud lahknevust tõendus põhise ja praktilise kogemuse vahel.

Tõendus põhise juhtimise kontseptsiooni juurutamist mõjutavad ka organisatsioonilised tegurid. Juhtide otsuseid piirab sageli ressursipuudus, organisatsioonipoliitika ning sidusrühmade huvid, mis takistab kvaliteetse info kasutamist praktikas (Walshe ja Rundall 2001: 445). Hasanpoor *et al.* (2018a) järeldasid kirjanduse ülevaate põhjal, et põhilisteks organisatsioonilisteks barjäärideks on võimudünaamika organisatsioonis, piiratud ressursid, bürokraatia, juhtkonna vastumeelsus innovatsioonile ja vähene pühendumine. Soodustavateks faktoriteks peeti organisatsioonisisest toetust ja vastuvõtlikkust juhtkonna poolt, teadusandmete väärtustamist ja tulemustasustamist. Gerrish ja Clayton (2004) leidsid, et oluline takistus seisneb organisatsioonisisese koostöö ja juhi autoriteedi puudumises. Suurt töökoormust, ajapuudust ja ligipääsetavust adekvaatsetele teadusandmetele on vaadeldud samuti oluliste piiravate teguritena (Chang *et al.* 2013: 12; Gale ja Schaffer 2009: 93).

Magistritöö autor esitab eelnevalt käsitletud faktorid koos hinnanguga nende mõjule tõenduspõhise juhtimise kontseptsiooni juurutamise aspektist tabelis 1.

Tabel 1. Tõenduspõhise juhtimise juurutamist mõjutavad faktorid

Autor	Kontseptsiooni juurutamist mõjutavad faktorid	Mõju kontseptsiooni juurutamisele
Pfeffer ja Sutton (2006: 11); Bosman (2015: 16)	Juhtide kriitiline suhtumine oma teadmistesse; iseloomujooned (kohusetundlikkus, ekstravertsus, neurootilisus ja avatus) ning hoiakud (valmisolek muutustele, uskumus kontseptsiooni, kontseptsiooni atraktiivsus).	Positiivne
Baba ja HakemZadeh (2012: 855); Barends <i>et al.</i> (2017: 7); Rynes <i>et al.</i> (2002: 164, 165); McGahan (2007: 749); Janssen <i>et al.</i> (2017: 339)	Isiklikud Informatsiooni tõlgendamisel varasematest kogemustest ning eelarvamustest lähtumine; puudulik teaduskirjanduse analüüsioskus; veenva positiivse seose puudumine kontseptsiooni ja organisatsiooni tulemuslikkuse vahel teaduskirjanduses; juhtide tagasihoidlik erialakirjanduse lugemise harjumus; puudulik akadeemiliste artiklite tõlgendamise oskus ja ajapuudus.	Negatiivne
Hasanpoor <i>et al.</i> (2018a: 673)	Organisatsioonisisene toetus, vastuvõtlikkus juhtkonna poolt, teadusandmete väärtustamine ja tulemustasustamine.	Positiivne
Hasanpoor <i>et al.</i> (2018a: 674); Walshe ja Rundall (2001: 445); Gerrish ja Clayton (2004: 116); Chang <i>et al.</i> (2013: 12); Gale ja Schaffer (2009: 93)	Organisatsioonilised Võimudünaamika organisatsioonihierarhias, piiratud ressursid, bürokraatia, juhtkonna vastuseis innovatsioonile; ressursipuudus, organisatsioonipoliitika, sidusrühmade vastuseis; organisatsioonisisese koostöö ja juhi autoriteedi puudumine; töökoormusest tingitud ajapuudus ja ligipääsetavus teadusandmetele.	Negatiivne

Allikas: autori koostatud.

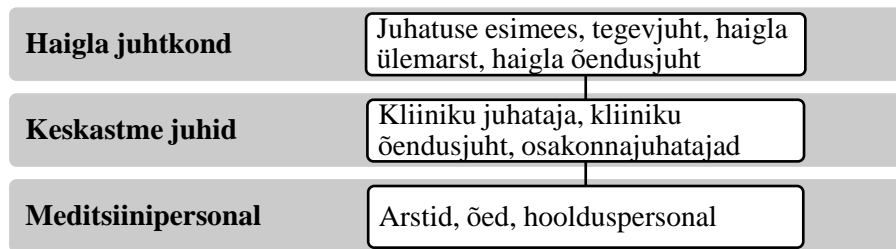
Autori seisukohast puudutavad käsitletud barjäärid suuremal või vähemal määral kõiki organisatsioone ning nende juhte. Autor leiab, et tõenduspõhise juhtimise kontseptsiooni edukas rakendamine eeldab mõlemat tüüpi barjääride ületamist – ka inimlike soodustavate tegurite olemasolul võivad määravaks saada just organisatsioonilised takistavad tegurid ning vastupidi.

Tervishoius on tõenduspõhine meditsiin ja juhtimine komplementaarsed kontseptsioonid. Erinevate autorite käsitus tõenduspõhise juhtimise kontseptsioonist tervishoius analoogne. Sagedamini on viidatud Kovneri ja Rundalli (2006) definitsioonile, mille kohaselt seisneb tõenduspõhine juhtimine tervishoius parimate olemasolevate teadusandmete kasutamises haiglate juhtimisstrateegiate ja -praktikate hindamisel, eesmärgiga parandada tulemuslikkust. Eesmärk on leida need juhtimispraktikad, mis võimaldaksid pakkuda kõige kvaliteetsemat tervishoiuteenust (Hasanpoor *et al.* 2018b: 1; McConnell *et al.* 2016: 471). Magistritöö autor vaatleb sellest tulenevalt tõenduspõhist juhtimist **tööriistana sobivate juhtimispraktikate tuvastamiseks**. Walshe ja Rundall (2001) leidsid, et tõenduspõhise juhtimise omaksvõtmine haigla juhtide poolt on olnud algselt aeglasem, kuid käesoleval ajal on huvi tõenduspõhiste juhtimispraktikate vastu suurenemas (McConnell *et al.* 2013: 684).

Kiiresti areneval tervishoiumaastikul on muutunud komplekssemaks haiglate juhtimine. Toimub kiire tehnoloogiline areng, tervishoiuteenused ning selle rahastamine muutuvad keerulisemaks, suurenevad konkurents, ootused teenuse kvaliteedile ja mure teenuste kättesaadavuse pärast (Ford-Eickhoff *et al.* 2011: 145). Organisatsiooni klassikaliste eesmärkide (nt kulude kontroll, efektiivsuse suurendamine) kõrval keskendutakse järjest enam teenuse kvaliteedi parandamisele (Rotar *et al.* 2016: 104). Juhid peavad tagama organisatsiooni operatiivse võimekuse, viimaks ellu riiklikku tervishoiupoliitikat, samal ajal vastutades organisatsiooni ja selle patsientide eest. Võib eeldada, et muutunud on ka ootused haigla juhtide oskustele ja võimekusele. Suurenevale nõudlusele tervishoiuteenuste järele üritavad haiglad olemasolevate ressurssidega vastata. Tervishoiuteenuste liigne tarbimine ja mitte-vajalik teenuse osutamine kasvavad tervishoiusektori kulutusi, millega toimetulekuks näeb Hasanpoor *et al.* (2018b) võimalust just tõenduspõhises juhtimises.

Tervishoiusektori üheks eripäraks on töö autori hinnangul arstide seotus nii tervishoiuteenuse osutamise enda kui ka haiglate juhtimisega. 1980ndateni juhtisid haiglaid valdavalt arstid (Dickinson *et al.* 2013: 25), mida vaadeldi kui professionaalset bürokraatiat (Mintzberg 1979: 348). Iseloomulik oli alt-üles juhtimisstiil ja kollektiivne otsustamine. Dünaamilisest keskkonnast, suurenevast konkurentsist ja riiklikust tervishoiupoliitikast tingituna muutusid ootused juhtidele ning haiglate juhtimine hakkas koonduma professionaalsete juhtide kätte

(Baker ja Denis 2011: 3). Toimus võimu detsentraliseerimine ning haiglaid hakati juhtima ülevalt alla: uued juhid vastutasid haigla tervikliku juhtimise eest ning arstide ülesandeks jäi haigla allüksuste (kliinikute, osakondade) juhtimine (joonis 3). Selline juhtimismudel oli vähepaindlik ja adünaamiline, mistõttu arenes välja tänapäevalgi kasutusel olev hübriidmudel, milles haigla juhtimisse kaasatakse ka kompetentsed arstid (Loh 2015: 55). Töö autori seisukohast võimaldab arstide kaasamine parandada kommunikatsiooni juhtkonna ja personali vahel ning suurendab juhtkonna usaldusväarsust meditsiinipersonali silmis.



Joonis 3. Meditsiinitöötajatest juhid haigla juhtkonnas ja kesktasemel
Allikas: (Loh 2015: 55); autori koostatud.

Arstiharidus ei loo eeldust juhtimisalaseks pädevuseks, kuigi sageli just valitaksegi arstide seast juhte kliinilise tenuuri alusel. Samas on seotus meditsiiniga oluliseks faktoriks, miks arstid on väärtuslikud haigla juhtivatele kohtadel. Janati *et al.* (2018) väidavad, et vaid 15% raviotsustest on tõenduspõhised, mistõttu kahtleb arstide võimekuses juhtida haiglat ning leiab. Vera ja Huckle (2009) leidsid, et arstide edukus juhina on seotud nende sooviga juhtida, mida sageli piirab puudulik juhtimisalane väljaõpe. Loh (2015) hindas arstide kaasamist haigla juhtivatele positsioonidele ja leidis, et sellega seotud kasulikud mõjud olid:

- alt-üles juhtimisstiil, erialased teadmised ja juhtkonna mõju suurenemine,
- poliitiline mõju ning usaldusväarsus kolleegide ja avalikkuse silmis,
- efektiivsem kommunikatsioon personaliga ja patsientide huvide esindamine.

Olulisemad piirangud arstide kaasamisel juhtkonda olid autori hinnangul:

- võimetus kliinilist tööd ja juhtimist teineteisest lahutada,
- liigne kliinilisele erialale suunatud vaade,
- puudulik juhtimisalane koolitus (ja kogemus).

Kuigi empiirilisel vähe tõestatud, toetab olemasolev teadusinfo pigem arstidest juhtide poolt juhitud haiglate paremat tulemuslikkust (Lega *et al.* 2013: 50). Goodall (2011) ja Veronesi *et al.* (2013) leidsid, et arstide kaasamine juhtkonda on positiivselt seotud ka haiglate avalike kvaliteedireitingutega. Arstide esindatus juhtkonnas mõjuda soodsalt ka innovatsioonile (*Ibid.*: 154) ning arstide osalemine tervishoiuteenuste kujundamises parandab selle kvaliteeti (*Ibid.*: 49). Pikaajaliste strateegiliste eesmärkide seadmisel on arstide panus siiani pigem tagasihoidlik. Rotar *et al.* (2016) leidsid, et arstide kaasamine strateegilisse planeerimisse mõjub soodsalt haigla kvaliteedijuhtimissüsteemide juurutamisele. Magistritöö autor usub siiski, et ilma juhtimisalase väljaõppeta arstide toimetulek juhtimise tehnilise poolega jääb alla elukutselistele juhtidele. Arstidest juhtide suurim väärtus autori hinnangul seisneb nende meditsiinialastes teadmistes ning potentsiaalses panuses juhtimisotsuste edastamisel allüksusteni ja soodustades nende otsuste realiseerumist praktikas.

Janati *et al.* (2018) leidsid, et arstidest juhtidel on puudulikud tõenduspõhise juhtimise oskused, vaatamata üldisele positiivsele hoiakule. Soosiv hoiak on aga üheks olulisemaks eelduseks kontseptsiooni juurutamisel haiglas (Guo *et al.* 2017: 338). Puudulikest oskustest hoolimata leidsid Guo *et al.* (*Ibid.*: 330), et kuni 90% haiglate juhtidest on siiski mingil tasemel proovinud tõenduspõhist juhtimist rakendada. Tõenduspõhine juhtimine eeldab oskust orienteeruda informatsiooni kvaliteedis. Liang *et al.* (2011) hindasid haigla juhtide hinnanguid erinevat tüüpi informatsiooni kasulikkuse suhtes (tabel 2) ning leidsid, et kõige väärtuslikumaks peeti organisatsioonisiselt kujunenud informatsiooni (77% vastajatest), organisatsiooniväliseid praktilisi näiteid (68%) ja eksperthinnangut (68%).

Tabel 2. Tervishoiujuhtide hinnangud erinevat tüüpi informatsiooni kasulikkuse suhtes

Juhtimisotsuse tüüp	Informatsiooni tüüp/vastajate protsent	
Õige taktika valik eesmärkide saavutamiseks	Organisatsioonisisene informatsioon	31%
Tööjõu juhtimine ja töötajate potentsiaali maksimeerimine	Organisatsioonisisene informatsioon	22%
Töötajate juhtimine ja <i>leadership</i>	Isiklik kogemus	48%
Projektijuhtimine	Organisatsioonisisene informatsioon	31%
Tulemuslikkuse juhtimine	Hea praktika aruanded	31%
Väliste partnerlussuhete haldamine	Isiklik kogemus	39%

Allikas: (Liang *et al.* 2011: 26); autori koostatud.

Isiklik kogemus ja eksperthinnang, mida juhid väärtustasid, on aga teaduslikus mõttes madala tõendus põhiseusega. Magistritöö autori arvates on mainitud informatsiooni allikad kahtlemata olulised, kuid eelistada tuleks kõrgema tõendus põhiseusega allikaid. Olemasolev haiglate juhtimist kätkev tõendus põhine informatsioon on madala kvaliteediga, mille fookus on suunatud pigem kliinilistele aspektidele, mitte niivõrd juhtimisega seonduvale (Guo *et al.* 2017: 339). Madala tõendatusega informatsiooni eelistamine ja kasutamine juhtimisotsuste vastuvõtmisel on magistritöö autori hinnangul samuti üheks oluliseks eripäraks tervishoius.

Kokkuvõtvalt seisneb tõendus põhine juhtimine olemasoleva informatsiooni kriitilises hindamises ja kõrge kvaliteediga infoallikate kasutamises otsustusprotsessis, eesmärgiga võtta vastu otsused, mis kõige tõenäolisemalt viivad soovitud tulemusteni. Autor peab tõendus põhise juhtimise kontseptsiooni suurimaks väärtuseks selle potentsiaali kallutatud ning eelarvamustel põhinevate otsuste vähendamisel, maksimeerides seeläbi otsustest tulenevat kasu. Kontseptsiooni juurutamist mõjutavad inimlikud ja organisatsioonilised tegurid. Tõendus põhise juhtimist võib käsitleda **tööriistana**, mille abil tuvastada haiglates juhtimispraktikad, mis võimaldaksid pakkuda kvaliteetsemat tervishoiuteenust. Eripäraks tervishoius on arstide osalemine ravitööle lisaks ka haigla ja selle allüksuste juhtimises. Arstide juhtimis pädevust piirab puudulik juhtimisalane väljaõpe, kuid meditsiinalased oskused ning mõju ja usaldusväärsus kolleegide ja üldsuse silmis muudab nad väärtuslikuks. Vaatamata sellele, et arstid lähtuvad kliinilises töös tõendus põhise meditsiini põhimõtetest, eelistatakse juhtimisotsustes valdavalt madala kvaliteediga informatsiooni.

1.2. Juhtimispraktikate mõiste ja eripära tervishoius

Tõendus põhine juhtimine võimaldab tuvastada **juhtimispraktikad**, mis aitaksid haiglatel luua kvaliteetse keskkonna, milles kvaliteetsed arstid saaksid pakkuda kõige kvaliteetsemat tervishoiuteenust. Käesolevas alapeatükis selgitab autor läbi teoreetiliste aluste, kuidas juhtimispraktikad võimaldavad kvaliteetse tervishoiuteenuse osutamise kaudu maksimeerida organisatsiooni tulemuslikkust ja tutvustab nende eripära tervishoius. Erialakirjanduses puudub üks ja selgelt piiritletud definitsioon juhtimispraktika mõiste kirjeldamiseks. Praktika

kui üldisem nähtus seisneb mingis spetsiifilises tegevuses, kogemustes ja/või vilumuses, aga ka teadmiste ja oskuste rakendamises tööprotsessis (ÕS 2018).

Organisatsioonid ja keskkonnad, milles need opereerivad, muutuvad keerulisemaks, mistõttu peavad organisatsioonid keskenduma tulemuslikkuse paranemisele ja konkurentsivõime säilitamisele. Tulemuslikkust mõjutavaid tegureid võib olla keeruline tuvastada ning nende mõju raske hinnata. Bâgu *et al.* (2011) näevad juhtimispraktikates võimalust sobivate tingimuste loomise läbi tagada eeldused organisatsiooni arenguks ning jätkusuutlikkuse säilitamiseks. Bloom ja Van Reenen (2010) on seadnud fookuse eemale konventsionaalsetelt seisukohtadelt (nt „erinevus ettevõtete tulemuslikkuses on seotud erinevate tehnoloogiate kasutamisega“) ja väidavad, et varieeruvus tulemuslikkuses on seotud kasutatavate juhtimispraktikate ulatusega. Suárez (2016) leiab, et juhtimispraktikad eristavad kõige rohkem ja vähem efektiivseid organisatsioone, olles rohkem iseloomulikud kõrge tulemuslikkusega organisatsioonidele. Autor kirjeldas juhtimispraktikaid kui probleemile suunatud jätkusuutlikke, uuenduslikke ja eristuvaid initsiatiive. Olukorras, kus organisatsioonide varieeruvat tulemuslikkust ei saa põhjendada vaid mõõdetavate parameetrite abil, rõhutavadki Buffington *et al.* (2017) juhtimispraktikate tähtsust tulemuslikkuse määramisel. Ühe võimalusena võib vaadelda juhtimispraktikaid kui organisatsiooni võimekust (*capability*), mis seisneb teatud tegevuste sihipärasel rakendamisel, eesmärgiga saavutada paremaid tulemusi (Brito ja Sauan 2016: 4). Autorite hinnangul muudab välise juhtimispraktikate omaksvõtmine organisatsiooni sees need organisatsiooni sisemiseks võimekuseks. Eelnevale tuginedes käsitleb magistritöö autor edaspidi juhtimispraktikaid kui **juhtimiskapitali**, mille eesmärgiks on organisatsiooni tulemuslikkuse maksimeerimine. Kokkuvõtte juhtimispraktikate erinevatest käsitlustest on esitatud tabelis 3.

Suurenemas on haiglate huvi tõenduspõhiste juhtimispraktikate vastu, mis võimaldaksid kvaliteetsete tervishoiuteenuste osutamist (McConnell *et al.* 2013: 684). Haiglate juhtimispraktikad on kvaliteetse tervishoiuteenuse osutamisel sama olulised, kui tõenduspõhise meditsiini põhimõtete jälgimine (McConnell *et al.* 2016: 471). Heterogeenne juhtimispraktikate käsitlus viitab küll nende olulisusele, jättes seejuures täpsustamata, milles nende tegelik väärtus seisneb.

Tabel 3. Juhtimispraktikate käsitlused erinevate autorite poolt

Autor	Definitsioon	Autori üldistus
Bâgu <i>et al.</i> 2011: 70	Juhtimispraktikad kui võimalus tingimuste loomiseks, eesmärgiga tagada eeldused organisatsiooni arenguks ja jätkusuutlikkuseks	Juhtimispraktikad kui juhtimis-kapital, mis on suunatud organisatsiooni tulemuslikkuse maksimeerimisele
Buffington <i>et al.</i> 2017: 4	Juhtimispraktikad kui organisatsiooni tulemuslikkuse täiendavad tegurid	
Brito ja Sauan 2016: 4	Juhtimispraktikad kui organisatsiooni võimekus, mille eesmärk on parandada tulemuslikkust	
Suárez 2016: 44	Juhtimispraktikad kui probleemile suunatud uuenduslikud, jätkusuutlikud ja silmapaistvad initsiatiivid	

Allikas: autori koostatud.

Sisulisema mõistmise juhtimispraktikate mõjust organisatsiooni tulemuslikkusele annavad pikaajalised, suuremahulised ja rahvusvahelised uurimused. Antud valdkonnas on ilmselt kõige prominentsem panus teadustöösse Bloomil ja Van Reenenil. Et mõõta „mitte-mõõdetavaid“ organisatsiooni tulemuslikkuse faktoreid käivitasid autorid aastal 2002 WMS (*World Management Survey*) projekti, mille tugevuseks on asjaolu, et selles hinnatavad juhtimispraktikad kattuvad enamjaolt eksisteeriva juhtimisalase kirjandusega (Bloom *et al.* 2012: 13). Autorid on juhtimise kvaliteedi hindamiseks välja töötanud mudeli, milles 18 erinevat juhtimispraktika dimensiooni on jagatud kolme põhikategooriasse:

- monitoorimine (*monitoring management*),
- eesmärkide juhtimine (*targets management*),
- stiimulite juhtimine (*incentives management*).

Sadun *et al.* (2017) ja McConnell *et al.* (2013, 2016) on WMS mudelit restruktureerinud ning neljanda kategooriana vaadeldakse protsesside juhtimist. Ühtlasi kasutatakse stiimulite juhtimise asemel talentide juhtimise mõistet. Mudeli põhikategooriad kätkevad endas juhtimispraktikate spetsiifilisi aspekte ning on esitatud tabelis 4. WMS mudelis käsitletud juhtimispraktikad varieeruvad vähesel määral sõltuvalt sektorist, milles mudelit rakendatakse. Sisulisemat arusaamist juhtimispraktikate olemusest võimaldab ka magistritöö empiirilises osas kasutatud haiglate juhtimispraktikate mudel, mis on esitatud lisas 1.

Tabel 4. *World Management Survey* juhtimispraktikate mudel

Kategooria	Juhtimispraktikad	Võtmeküsimused
Protsesside juhtimine	- Protsesside ja protokollide standardiseeritus - Motiivid standardsete protsesside ja tehnoloogiate juurutamiseks	- Kui hästi monitoorib organisatsioon sisemise protsesse? - Kas organisatsioon kasutab monitooringut protsesside parandamiseks?
Tulemuslikkuse juhtimine (monitoorimine)	- Põhiprotsesside kirjeldamine - Tulemuslikkuse võtmenäitajate (KPI) kasutamine - KPI-de analüüs ja määramine - Tulemuste analüüs - Eesmärkide mittesaavutamise tagajärjed	
Eesmärkide juhtimine	- Eesmärkide valimine - Eesmärkide seotus organisatsiooni strateegiaga ja teiste üksuste eesmärkidega - Eesmärkide ajahorisont - Eesmärkide saavutatavus - Eesmärkide läbipaistvus/selgus	- Kas organisatsioon seab õiged eesmärgid? - Kas organisatsioon mõõdab õigeid tulemusi? - Kas organisatsioon reageerib vajadusel?
Talentide juhtimine	- Inimressursi juhtimine - Tulemustasustamine - Väheedukate töötajate käsitus - Edutamine - Tööjõu meelitamine organisatsiooni - Tööjõu säilitamine organisatsioonis	- Kas häid töötajaid edutatakse ja makstakse preemiaid? - Kas organisatsioon palkab parimad töötajad ja hoiab neid organisatsioonis?

Allikas: (Bloom ja Van Reenen 2010: 206; Bloom *et al.* 2012: 15; Sadun *et al.* 2017: 122); autori koostatud.

Informatsiooni menetlemine, eesmärkide seadmine ja orienteeritus tulemuslikkusele on olulised juhtimispraktikate dimensioonid organisatsioonide tulemuslikkuse seisukohast (Forth ja Bryson 2019: 28). Magistritöö autori hinnangul seisneb WMS projekti suurim väärtus asjaolus, et üksikute juhtimispraktikate asemel hinnatakse samaaegselt suurt hulka erinevaid juhtimispraktikaid. WMS projekt on olnud aluseks arvukatele suurtele uurimustele erinevates sektorites ja riikides: Buffington *et al.* (2017) kirjeldavad 2010. ja 2015. aastal Ameerika Ühendriikides läbi viidud MOPS (*the Management and Organizational Practices Survey*) uurimust; Agarwal *et al.* (2014) on kasutanud WMS juhtimispraktikaid Austraalia tööstussektori ettevõtete juhtimise hindamisel; Saksamaal läbi viidud GMOP (*the German Management and Organizational Practices*) uurimus põhines nii MOPS uurimusel kui ka WMS uurimusel (Laible ja Görg 2019: 1). Need on mõned paljudest uurimustest, mille aluseks WMS mudel on olnud.

Väär oleks eeldada, et üks kindel komplekt juhtimispraktikaid mõjutab kõikide organisatsioonide tulemuslikkust ühtemoodi. Edukad juhtimispraktikad on organisatsiooni- ja keskkonnaspetsiifilised ning juhtimispraktikad ei ole kunagi staatilised (Siebers *et al.* 2008: 3). Lemos ja Scur (2012) vaatlevad kolme võimalust juhtimispraktikate loodava väärtuse iseloomustamiseks: juhtimispraktikad kui ressurss, juhtimispraktikad kui tehnoloogia ning juhtimispraktikad kui disain (vajalikud juhtimispraktikad kujunevad lähtuvalt keskkonnast ja sektorist). Magistritöö autor järeldeb, et juhtimispraktikad ei kujuta endast universaalset retsepti organisatsiooni tulemuslikkuse parandamiseks. Tegemist on dünaamiliste, üldaktsepteeritud põhimõtetega, mille sobitamine organisatsiooni, selle eripäradest lähtuvalt, võimaldab paremini mõista sisemisi protsesse, tulemuslikkust ning eesmärkide ja inimressursi juhtimist. See on aga aluseks organisatsiooni tulemuslikkuse paranemisele – tervishoiu kontekstis kvaliteetse tervishoiuteenuse osutamisele.

Ka juhtimispraktikate juurutamine organisatsioonis on mõjutatud organisatsioonisisestest ja -välistest teguritest. Organisatsioonide tulemuslikkus, turuväärtus ja jätkusuutlikkus on olulisel määral seotud juhtimispraktikate kasutamise ulatusega (Bloom ja Van Reenen 2007: 1351). Autorite hinnangul varieeruvad juhtimispraktikate kasutamise ulatuse osas enim sama riigi erinevad organisatsioonid ja sama organisatsiooni allüksused, seejuures piirab juhtimispraktikate kasutamist vähene konkurents. Sadun *et al.* (2017) leiavad, et juhtimispraktikaid kasutavad organisatsioonid kasvavad kiiremini, kuid juhtimispraktikate kasutamist takistab juhtide liigne enesekindlus, võimetus mõista organisatsiooni probleeme ja vähene juhtimisoskus. Lisaks mõjutab juhtimispraktikate kasutamist ettevõtte omandivorm – pereettevõtetes ja avalikus sektoris kasutatakse juhtimispraktikaid oluliselt vähem (*Ibid.*: 125).

Riigi omandis olevate ettevõtetete juhtimiskvaliteet on üldiselt nõrgem võrreldes eraomandis olevate ja/või rahvusvaheliste ettevõtetega (Bloom *et al.* 2012: 12). Seisukohta jagavad Agarwal *et al.* (2014), kes viitavad juhtimispraktikate positiivsele mõjule innovatsioonile ja konkurentsieelisele. Ühtlasi leidsid autorid, et juhtimispraktikaid rakendatakse rohkem suurtes ja kõrgemalt haritud tööjõuga organisatsioonides. Lisaks haritusele on oluline juhtkonna teadmised ja oskused, mis mõjutab otseselt juhtimispraktikate rakendamist ja seeläbi organisatsiooni tulemuslikkust (Bender *et al.* 2018: 406). Selliste organisatsioonide väärtus

börsil on kõrgem (Buffington *et al.* 2017: 23). Juhtimispraktikate aktiivset kasutamist organisatsioonis takistavad muuhulgas riiklikud tööjõuregulatsioonid – liberaalsemas keskkonnas on soodsamad võimalused tööjõu juhtimiseks (Lemos ja Scur 2012: 18). On teada, et juhtimispraktikaid rakendatakse väikestes organisatsioonides oluliselt vähem (Forth ja Bryson 2019: 29), kuid arvestades potentsiaalset kasu, leiab autor, et tuleks pürgida juhtimispraktikate juurutamise suunas ka väiksemates organisatsioonides.

Vaatamata juhtimispraktikate potentsiaalsetele positiivsetele mõjudele organisatsiooni tulemuslikkusele, esineb mitmeid psühholoogilisi tegureid, mis piiravad nende rakendamist organisatsioonis. Bloom ja Van Reenen (2007) kirjeldavad kolme põhilist veendumust, mis juhtimispraktikate juurutamist takistab:

- ressursikulu ei kaalu üles potentsiaalselt saadavat kasu,
- (heade) juhtimispraktikate juurutamine eeldab suuri pingutusi,
- juhtimispraktikate heterogeensus ja eeldatav sobimatus organisatsiooni konteksti.

Magistritöö autor järeldab, et juhtimispraktikate juurutamine on mõtestatud ja sihipärane protsess, mille aluseks on soov muutustele. Olulisel kohal on juhtide oskus vajadusel juhtimispraktikaid modifitseerida ja organisatsiooni konteksti sobitada, kasutades selleks olemasolevaid füüsilisi ressursse, oskuseid ja võimekust.

Haiglates varieerub juhtimispraktikate kasutamise ulatus olulisel määral. Mitmetes suurte ja jõukate EL riikide (nt Saksamaa, Prantsusmaa, Rootsi) haiglates rakendatakse juhtimispraktikaid vähem võrreldes näiteks USA või UK-ga (Bloom *et al.* 2012: 20). Bloom *et al.* (2009, 2012) leiavad, et aastate jooksul on juhtimispraktikate kasutamine haiglates siiski paranenud, eriti avalikus sektoris. Era- ja avaliku sektori haiglate erinevuseks on sageli erinev fookus – erahaiglad tegutsevad sageli kindlas nišis, pakkudes kasumlikumaid teenuseid. Lisaks moodustab erakliinikute klientuuri pigem maksejõulisem ja tervem kontingent.

Tervishoiukulutuste kasv on koormaks kõikides riikides. Organisatsiooni orienteerimine juhtimispraktikate kasutamisele on võimalik ka kulutusi suurendamata. Juhtimispraktikate rakendamine haiglates parandab tervishoiuteenuste kvaliteeti ja haigla tulemuslikkust

(Layton *et al.* 2010: 7). Juhtimispraktikate rakendamise ulatus ei olene riiklike tervishoiukulutuste suurusest ega ravikindlustuse tüübist (Bloom *et al.* 2013: 8). Lisaks riikidevahelisele varieeruvusele, esineb suur erinevus juhtimispraktikate kasutamise ja sellest johtuvalt haiglate tulemuslikkuse vahel sama riigi erinevate haiglate vahel (Bloom *et al.* 2015: 457). Seejuures erinevad juhtimispraktikad rohkem ühe riigi haiglate, mitte riikide vahel (Layton *et al.* 2010: 12). See viitab magistritöö autori hinnangul eeldusele, et tervishoiuteenuste kvaliteeti on võimalik ühtsustada, ilma riiklike kulutusti suurendamata.

Juhtimispraktikate rakendamise ulatuse varieeruvuse põhjuseid on mitmeid: enam mainitud tegurid kirjanduses on konkurents haiglate vahel, haiglate suurus ning omandivorm. Oluliseks peetakse ka juhtide meditsiinihariduse olemasolu ning juhtimisalaseid teadmisi, mis on oluliseks juhtimispraktikate kasutuselevõtu eelduseks ning seeläbi ka potentsiaalseks võimaluseks haigla tulemuslikkuse parandamiseks. Juhtimispraktikate kasutamine haiglates on seotud haiglate lähedusega ülikoolidele, milles õpetatakse nii arstiteadust kui ka juhtimist (Bloom *et al.* 2017: 14). Juhtimist õpetavate kõrgkoolide lähedus haiglatele tagab suurema juhtimisalase väljaõppega juhtide hulga haiglas (*Ibid.*: 15). Tabelis 5 on esitatud ülevaade põhilistest teguritest, mis mõjutavad haiglates juhtimispraktikate kasutamist.

Magistritöö autor andis alapeatükis ülevaate juhtimispraktikate olulisusest ning käsitles neid kui juhtimiskapitali, mille eesmärk on maksimeerida organisatsiooni tulemuslikkust. Juhtimispraktikaid kasutavad organisatsioonid on konkurentsivõimelisemad ja jätkusuutlikumad ning juhtimispraktikate rakendamine haiglates on seotud tervishoiuteenuse kvaliteedi ja haiglate tulemuslikkuse paranemisega. See on võimalik ilma tervishoiukulutusi suurendamata. Magistritöö autor usub, et juhtimispraktikate kasutamine haiglates võiks olulisel määral parandada väljavaateid tulemaks toime pideva koormuse kasvuga.

Magistritöö autor võtab juhtimispraktikad tervikuna kokku kolme sisulise küsimusega:

- Kas organisatsiooni pikaajalised eesmärgid on seotud lühiajaliste tulemustega?
- Kas tulemuslikkust mõõdetakse, eesmärgiga vajadusel protsesse parandada?
- Kas tulemuslikke töötajaid väärtustatakse vastavalt?

Tabel 5. Haiglate juhtimispraktikate kasutamist mõjutavad tegurid

Autor	Tegur	Autori tõlgendus
Bloom <i>et al.</i> 2012: 23; 2013: 10; 2015: 487; Layton <i>et al.</i> 2010: 13; Lemos ja Scur 2012: 17	Konkurents	Konkurentsitihe keskkond stimuleerib rohkem juhtimispraktikaid rakendama, sest selles nähakse võimalust konkurentsieelise saavutamises. See ei tähenda, et samasse piirkonda täiendavate haiglate ehitamine mõjub alati tervishoiuteenuse kvaliteedile soodsalt.
Bloom <i>et al.</i> 2009: 16; 2013: 10; Layton <i>et al.</i> 2010: 16	Haigla suurus	Suurtes haiglates rakendatakse enam juhtimispraktikaid, võrreldes väiksematega. Tõenäoliselt on juhtimise kõrge tase (juhtimispraktikate rakendamine) põhjuseks, miks haiglad on suureks kasvanud, mitte vastupidi.
Bloom <i>et al.</i> 2012: 21; 2013: 10; Layton <i>et al.</i> 2010: 19; Lemos ja Scur 2012: 16	Omandivorm	Eraomandis olevad haiglad (s.h erahaiglad, mis kasumit ei taotle) on paremini juhitud, kui avaliku sektori haiglad. Seejuures on varieeruvus era- ja avaliku sektori haiglate juhtimispraktikate kasutamise vahel suur. Põhjuseks on ennekõike puudulik töösoorituse- ja personalijuhtimine ning ametiühingute nõutavad võrdsed tingimused. Olulisel kohal on ka avaliku sektori haiglate vähene võimekus protsesside ja tulemuslikkuse juhtimisel.
Bloom <i>et al.</i> 2013: 10; Layton <i>et al.</i> 2010: 3; Lemos ja Scur 2012: 17	Juhtide oskused ja autonoomia	Haiglates, mille juhtidel on kliiniline haridus, rakendatakse juhtimispraktikaid aktiivsemalt. Seejuures võib eeldada, et kliinilise taustaga juhid, kes lisaks omandanud juhtimisalase väljaõppe, on veelgi võimekamad juhtimispraktikaid rakendama. Juhtimisalane väljaõpe annab arstidest juhtidele vajalikud oskused ja tööriistad, mis võimaldavad aktiivsemat juhtimispraktikate kasutamist haiglates. Juhtide autonoomia, ühe olulisema mittefinantsilise stiimulina, mõjutab soodsalt juhtimispraktikate kasutamise suunas.

Allikas: autori koostatud.

1.2.1. Tulemuslikkuse hindamise ja juhtimise süsteem ning mittefinantsilised tulemuslikkuse võtmenäitajad tervishoius

Käesolevas alapeatükis annab magistritöö autor põgusa ülevaate tulemuslikkuse hindamise ja juhtimise süsteemist (THJS) ning tulemusnäitajate kasutamisest tervishoius. THJS hõlmab organisatsiooni eesmärkide, tulemuslikkuse ja protsesside juhtimist, olles seeläbi kitsamalt seotud eelmises alapeatükis käsitletud juhtimispraktikatega. Viimasel viiel aastal on Tartu

Ülikoolis ja Tallinna Tehnikaülikoolis kaitstud viis lõputööd Eesti haiglate tulemuslikkuse hindamise teemal (Alasoo ja Oks 2019, Eglit 2018, Kohver 2018, Koreinik 2017, Smolina 2016). Uurimustes on hinnatud finantsilisi tulemusnäitajaid, kasutades põhiliselt tasakaalus tulemuskaardi (*balanced scorecard*) põhimõtteid, piirdudes samas üksikute mittefinantsiliste tulemusnäitajate analüüsiga. Seetõttu annab töö autor alapeatüki lõpus mõnevõrra sisukama ülevaate mittefinantsilistest tulemusnäitajatest tervishoius, jättes käsitlemata finantsilised.

Haiglad, tegutsedes piiratud ressursside tingimustes, peavad suurt tähelepanu pöörama tulemuslikkusele. Tulemuslikkuse hindamine ja tulemuslikkuse juhtimine kujutavad endas ühtse juhtimisinstrumendi, **tulemuslikkuse hindamise ja juhtimise süsteemi**, lahutamatu komponente. Selline süsteem on eelduseks organisatsiooni tõhusaks (*efficient*) ja mõjusaks (*effective*) juhtimiseks (Melnik *et al.* 2014: 173). THJS võimaldab jälgida tulemuslikkust, võrrelda seda seatud eesmärkidega ning vajadusel reageerida puudustele. THJS-i fookus on **tulemuslikkusel** (*performance*) kui juhtimise kesksel kontseptil, kuid puudub üksmeel selle kohta, kuidas tulemuslikkust täpselt iseloomustada ja mõõta.

Melnik *et al.* (2014) ja Neely *et al.* (2005) kirjeldavad tulemuslikkust kui vahendit organisatsiooni operatiivse tõhususe ja mõjususe hindamiseks ning need mainitud aspektid võimaldavad organisatsioonil vastata klientide ootustele ning eristuda konkurentidest. Tulemuslikkust peab olema võimalik jälgida ja mõõta. Ghalem *et al.* (2016) järeldasid tulemuslikkust käsitleva kirjanduse põhjal, et tõhusus ja mõjususe ongi kaks läbivat mõistet tulemuslikkuse kirjeldamisel. Autorid rõhutasid tulemuslikkuse ja eesmärkide omavahelise seotuse vajadust ning väitsid, et organisatsiooni tulemuslikkus seisneb selle eesmärkide saavutamises. Daft (2010) kirjeldab tulemuslikkusena organisatsiooni sisendite tõhusat ja mõjusat kasutamist väljundite loomiseks. Seejuures seisneb tõhusus autori hinnangul ressursside hulgas, mis kulub organisatsiooni eesmärkide saavutamiseks ning mõjususe viitab laiemalt sellele, mil määral eelnevalt seatud eesmärgid saavutatakse. Magistr töö autori seisukohast võiks **tulemuslikkust** seega vaadelda kui oskuslikku ressursside kasutamist organisatsiooni (mõõdetavate) eesmärkide saavutamiseks.

Tulemuslikkuse hindamise meetodika on kasutusel kõikides valdkondades. Melnyk *et al.* (2014) vaatlevad selle raames eesmärkide seadmist, tulemuslikkust puudutava info kogumist, analüüsimist ja tõlgendamist. Oluline on hinnata organisatsiooni protsesse retrospektiivselt. Scholey ja Schobel (2016) rõhutavad ressursside piiratust ning käsitlevad tulemuslikkuse hindamist võimalusena analüüsida organisatsiooni võimekust ressursse tõhusalt ja mõjusalt kasutada. Avalike haiglate puhul on see oluliseks tagasisidemehhanismiks ka finantseerijale (riigile). Gimbert *et al.* (2010) lähtuvad tulemuslikkuse hindamisel finantsiliste ja mittefinantsiliste mõõdikute olemasolust, mis tagavad organisatsioonile vajaliku informatsiooniga varustamise. Autorite hinnangul võimaldab see täpsemate ja selgemate strateegiatega formuleerimist. Kizer ja Kirsh (2012) kirjeldavad tulemuslikkuse hindamist kui dünaamilist ja progressile orienteeritud tööriista, mis võimaldab jälgida, kuidas määratud eesmärgid saavutatakse. Töö autor on tulemuslikkuse hindamise definitsioonid esitatud tabelis 6.

Tabel 6. Tulemuslikkuse hindamise definitsioonid

Autor	Definitsioon
Gimbert <i>et al.</i> 2017: 480	Tulemuslikkuse hindamine seisneb finantsiliste ja mittefinantsiliste mõõdikute kasutamises, mille abil kogutakse ja analüüsitakse kvantifitseeritavat informatsiooni organisatsiooni tulemuslikkuse kohta.
Kizer ja Kirsh 2012: 395	Tööriist progressi hindamiseks, mis võimaldab jälgida eesmärkide saavutamise ulatust.
Melnyk <i>et al.</i> 2014: 175	Tulemuslikkuse hindamise seisneb eesmärkide seadmises ja tulemuslikkuse kvantifitseerimises (informatsiooni kogumine, analüüsimine ja tõlgendamine).
Scholey ja Schobel 2016: 3	Tulemuslikkuse hindamine seisneb organisatsiooni piiratud ressursside kasutamise oskuse analüüsimises.
	Kõik viidatud autorid rõhutavad kvantifitseeritava informatsiooni (kasutades mõõdikuid) vajalikkust ja eesmärkidele orienteeritust tulemuslikkuse hindamisel. Töödeldud informatsiooni saab kasutada progressi (Kizer ja Kirsh) ja ressursside kasutamise oskuse (Scholey ja Schobel) hindamiseks, aga ka <i>per se</i> tulemuslikkuse hindamiseks (Gimbert <i>et al.</i> ; Melnyk <i>et al.</i>).

Allikas: autori koostatud.

Seega seisneb tulemuslikkuse hindamine protsesside tulemuslikkust kirjeldavate, mõõdetavate eesmärkide seadmises ja tulemuslikkust kajastavate andmete kogumises ja analüüsimises, eesmärgiga luua juhtimises rakendatavat informatsiooni. Tulemuslikkuse hindamine on seega operatiivne, retrospektiivne ja kvantitatiivne.

Tulemuslikkuse hindamisest pärinevat infot kasutatakse **tulemuslikkuse juhtimisel**, eesmärgiga hinnata erinevust hetke ja soovitud tulemuslikkuse vahel, tuvastades suurimate erinevustega kohad (Melnyk *et al.* 2014: 175). Seejuures analüüsitakse, miks erinevused on tekkinud ja püütakse rakendada meetmeid erinevuste vähendamiseks. Aguinis ja Pierce (2008) kirjeldavad tulemuslikkuse juhtimist protsessina, mille käigus toimub organisatsiooni tulemuslikkuse pidev hindamine ja arendamine. Autorid peavad keskseks töötajate tulemuslikkuse kooskõlastamist organisatsiooni eesmärkidega. Tyagi ja Singh (2019) käsitlevad tulemuslikkuse juhtimist tööriistana vähendamaks erisusi seatud eesmärkide ja igapäevaste protsesside vahel, mis võimaldab haiglates tuvastada probleemseid valdkonnad ja pakkuda välja lahendusi. Tulemuslikkuse juhtimise definitsioonid on esitatud tabelis 7.

Tabel 7. Tulemuslikkuse juhtimise definitsioonid

Autor	Definitsioon
Aguinis ja Pierce 2008: 139	Protsess, mille käigus toimub organisatsiooni töötajate ja meeskondade tulemuslikkuse pidev hindamine ja parandamine, eesmärgiga suurendada kooskõla organisatsiooni strateegiliste eesmärkidega.
Melnyk <i>et al.</i> 2014: 175	Protsess, mille käigus hinnatakse pidevalt erinevust organisatsiooni hetke tulemuslikkuse ja soovitud tulemuslikkuse vahel, tuvastades kohad, kus mittevastavus on suurim.
Tyagi ja Singh 2019: 286	Tööriist tuvastamiseks puuduliku tulemuslikkusega protsessid ning pakkuda välja lahendused erisuste vähendamiseks seatud eesmärkide ja tegeliku tulemuslikkuse vahel.
	Kõik autorid rõhutavad tegeliku ja soovitud tulemuslikkuse erinevuse tuvastamise vajadust, pidevat hindamist ning lahenduste leidmist erisuste vähendamiseks. Melnyk <i>et al.</i> keskenduvad primaarselt suurimate erisuste tuvastamisele. Tyagi ja Singh lähtuvad tulemuslikkuse hindamisel pigem protsessidest, Aguinis ja Pierce pigem mittevastavusest töötajate tulemuslikkuse hindamist ja selle ebakõla organisatsiooni eesmärkidega.

Allikas: autori koostatud.

Seega seisneb tulemuslikkuse juhtimine eelnevalt ettevalmistatud informatsiooni kasutamises, võrdlemaks organisatsiooni tegelikku sooritust seatud eesmärkidega. Seejuures pakutakse välja võimalikud lahendused erinevuste korrigeerimiseks, suurendamiseks kooskõla organisatsiooni strateegiliste eesmärkidega. Tulemuslikkuse juhtimine on järelikult paindlik, strateegiline ja tulevikule orienteeritud protsess.

Kizeri ja Kirshi (2012) hinnangul on tulemuslikkuse hindamine tervishoius, selle struktuurist tulenevalt, keerukas, kuid THJS tervishoius on seotud teenuste kvaliteedi paranemisega (Leonard ja Masatu 2017: 54). Lisaks teenuse kvaliteedi paranemisele, võimaldab THJS tõhusat ja mõjusat teenuse osutamist. Tyagi ja Singh (2019) näevad selles tööriista juhtidele, kes saaksid hõlpsamini vastu võtta otsuseid, mis parandaksid haiglate tulemuslikkust. Walser *et al.* (2013) nendivad, et enamik haiglaid liigub küll õiges suunas, planeerides põhiprotsesse ja rakendades *controllingu* elemente, kuid THJS-i rutiinne kasutamine on tervishoius endiselt tagasihoidlik. Magistritöö autor usub samas, et eesmärkide seadmine ja *controllingu* põhimõtete jälgimine iseenesest on oluliseks eelduseks THJS-i rutiinsele kasutamisele. Taicu (2013) leiab, et THJS-i juurutamine haiglates võimaldab vähendada ka personali töökoormust ja kulutusi, soodustades seeläbi ressursi otstarbekat kasutamist.

Avalikus sektoris, mille eripäraks on mitmetahulisus ja huvigruppide hulk, puudub universaalne **raamistik** tulemuslikkuse hindamiseks, mistõttu peavad tulemuslikkuse hindamise süsteemid olema mitmekülgsed ja erineva fookusega. Läbi aegade on kasutatud erinevaid tulemuslikkuse hindamise raamistikke (tabel 8). Striteska ja Spickova (2012) väitel sobivad need hästi teoreetilisse keskkonda, milles need on loodud, kuid pakuvad harva selget instruksiooni, kuidas organisatsioon neid rakendada peaks või enda mudelit arendada võiks. Töö autor leiab, et raamistike puhul on kõige olulisem nende multidimensionaalsus, mis määrab ära olulisemad valdkonnad, millest lähtuvalt eesmärgid seatakse. Autor leiab, et raamistike komponente saab kombineerida, leidmaks igale organisatsioonile sobiva mudeli.

Tulemuslikkuse hindamise raamistikest ilmneb, et organisatsioonid peavad edukaks toimimiseks keskenduma paralleelselt mitmetele dimensioonidele (kliendid, töötajad, põhiprotsessid jne). Van Helden ja Reichard (2016) võrdlesid tulemuslikkuse hindamise ja juhtimise süsteeme avaliku ja erasektori organisatsioonides ning leidsid, et erinevused on aastate jooksul vähenenud. Kui avaliku sektori organisatsioonide fookus on autorite hinnangul olnud varasemalt rohkem mittefinantsilistel tulemuslikkuse näitajatel ja ühiskondlikel huvidel, siis järjest enam keskendutakse organisatsiooni tõhususele ja kuludele. Ioan *et al.* (2012) väidavad, et avalikus sektoris kasutatud tulemuslikkuse hindamise raamistikud ei pruugi tegelikult sobida rakendamiseks haigla kontekstis.

Tabel 8. Tulemuslikkuse hindamise raamistikud

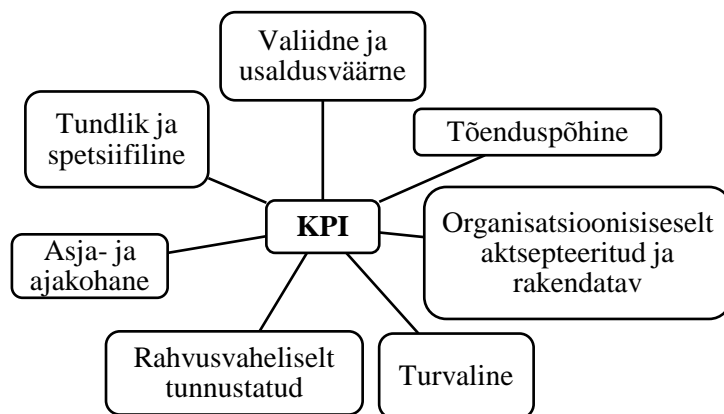
Raamistik	Fookus/perspektiiv
Tasakaalus tulemuskaart (<i>Balanced Scorecard</i>)	Finantsperspektiiv; kliendiperspektiiv; sisemiste protsesside perspektiiv; innovatsiooni ja õppimise perspektiiv
Tulemuslikkuse prisma (<i>the Performance Prism</i>)	Sidusrühmade rahulolu; organisatsiooni strateegiad ja võimekused; (põhi)protsessid; sidusrühmade panus
EFQM täiuslikkuse mudel (<i>EFQM Excellence Model</i>)	<i>Leadership</i> ; organisatsiooni strateegia ja poliitika; töötajate mõju; ressursid ja partnerlussuhted
Tulemuslikkuse püramiid (<i>Performance Pyramid</i>)	Organisatsiooni visioon ja eesmärgid; lühi- ja pikaajalised finantseesmärgid; operatiivne tulemuslikkus; tulemuslikkuse võtmenäitajad
Malcolm Baldrige'i mudel (<i>the Malcolm Baldrige Model</i>)	<i>Leadership</i> ; strateegiline planeerimine; kliendifookus; töötajate fookus; operatiivne fookus; tulemuslikkus; informatsiooni menetlemine
PATH (<i>Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals</i>)	Kliiniline efektiivsus; turvalisus; tõhusus; vastutustundlik juhtimine; orienteeritus töötajatele ja patsientidele

Allikas: (Seňová ja Antořová 2015: 185; Striteska ja Spickova 2012: 4-7; Taouab ja Issor 2019: 99-103; Veillard *et al.* 2005: 490); autori koostatud.

Tulemuslikkuse hindamise eelduseks on kvaliteetne informatsioon, milles keskne roll on tulemuslikkuse võtmenäitajatel. **Tulemuslikkuse võtmenäitajad** (KPI, *key performance indicator*) on indikaatorid, mida kasutatakse protsesside tulemuslikkuse hindamisel ja võrdlemisel seatud eesmärkidega (Khalifa ja Khalid 2015: 460), olles seega aluseks tulemuslikkuse parandamisele. KPI-de kasutamine võimaldab haiglate omavahelist võrdlust ning sama haigla raames võrrelda dünaamikat aja jooksul. Tulemuslikkuse hindamise raamistike dimensioonid peavad olema kooskõlas organisatsiooni eesmärkidega, kasutades seega õigesti valitud võtmenäitajaid (Shohet ja Nobili 2017: 60). KPI-de valiku olulisust rõhutavad ka Nikjoo *et al.* (2013), kelle hinnangul võimaldab see tuvastada probleemseid protsessid ja valdkonnad väiksema ressursikuluga, hõlbustades samal ajal lahenduste väljatöötamist. Töö autor usub, et KPI-de teoreetiline olulisus tulemuslikkuse analüüsimisel viitab nende potentsiaalile ka tõenduspõhiste otsuste vastuvõtmisel haiglate juhtimisel.

Veillard *et al.* (2005) leiavad, et KPI-de kasutamine võimaldab haiglatel pakkuda kvaliteetsset tervishoiuteenust tõhusamalt ja mõjusamalt. Tervishoiusektoris toimub kiire tehnoloogiline ja metodoloogiline areng. Ioan *et al.* (2012) arvavad, et võtmenäitajate kasutamine võimaldab haiglatel adapteruda välises keskkonnas. Tsai *et al.* (2015) on leidnud, et haiglad, mille

juhtkond keskendub enam KPI-de kasutamisele, on edukamad THJS-i rakendamisel. Et nõudlus tervishoiuteenuste järele suureneb kiiremini kui võimekus seda pakkuda, on oluline tagada, et piiratud ressursiga käiakse ümber ratsionaalselt. Rahimi *et al.* (2017) on viidanud tulemuslikkuse hindamise tähtsusele ressursiteadlikkusest lähtuvalt, milles keskne roll ongi tulemuslikkuse võtmenäitajate kasutamisel. Hästi toimiv KPI mõõdab seda, mida on mõeldud mõõtma, soodustades kvaliteetse, ohutu ja tõhusa tervishoiuteenuse osutamist, seejuures toimivad KPI-d häirekellana olukorras, kus protsesse on võimalik parandada. (*Guidance on Developing ...* 2013: 9). Organisatsiooni poolt kasutusele võetud või loodud KPI-d peavad vastama teatud kriteeriumitele, mis on esitatud joonisel 4.



Joonis 4. Tulemuslikkuse võtmenäitajate omadused

Allikas: (*Guidance on Developing ...* 2013: 32-34); autori koostatud.

Tulemuslikkuse hindamise raamistikest selgub, et organisatsioonid peavad eduka toimimise tagamiseks hindama paralleelselt mitme valdkonna tulemuslikkust. Milliseid raamistikke või tulemuslikkuse näitajaid haiglad tulemuslikkuse hindamiseks ja juhtimiseks kasutavad, jääb juhtkonna otsustada. Jämedalt võib jagada KPI-d kaheks: **finantsilised** ja **mittefinantsilised**. Finantsilisi tulemusnäitajaid jälgitakse avaliku sektori haiglates veendumaks haigla majanduslikus jätkusuutlikkuses, maksevõimes ning investeerimisvõimekuses (2018. aasta konsolideeritud...2019: 22). Mittefinantsilised näitajad aitavad hinnata ülejäänud haiglasiseste protsesside tulemuslikkust. Lisas 2 on esitatud ülevaade tulemuslikkuse hindamise valdkondadest ja võtmenäitajatest tervishoius. Magistritöö autor järeldab tabelile tuginedes,

et mittefinantsilised tulemusnäitajad on suunatud **patsiendi, töötaja ja tervishoiuteenuse** fookusele. Millises mahus mainitud tulemusnäitajaid rakendatakse, sõltub haigla juhtkonna nägemusest, haigla olemasolevast võimekusest võtmenäitajaid organisatsioonis juurutada või neid ise luua ning ka spetsiifilisemalt erialast, mille raames neid kasutatakse.

Kokkuvõtvalt on tulemuslikkuse hindamine ja tulemuslikkuse juhtimine seotud suure osa organisatsioonides juurutatud **juhtimispraktikatega**. Tulemuslikkuse hindamise ja juhtimise süsteemi aktiivne rakendamine võimaldab haiglatel pakkuda kvaliteetsemat tervishoiuteenust tõhusamalt ja mõjusamalt. Tulemuslikkuse hindamisel on keskseks õigesti valitud tulemusnäitajad, mis sõltub organisatsioonist ja selle juhtkonna nägemusest. Mittefinantsilised näitajad keskenduvad patsiendile, töötajale ja tervishoiuteenusele.

1.2.2. Talentide juhtimine tervishoius

Kui tulemuslikkuse hindamine ning eesmärkide ja tulemuslikkuse juhtimine on autori hinnangul vaadeldavad eelnevalt käsitletud organisatsiooni juhtimispraktikate mudeli kahe põhikategoriana (protsesside monitooring ja eesmärkide juhtimine), siis kolmanda juhtimispraktikate põhikategoriana moodustab talentide juhtimine. Käesolevas alapeatükis annab autor ülevaate talentide juhtimise põhimõtetest ja olulisusest tervishoius.

Eesti Õigekeelsussõnaraamatu kohaselt tähendab **talent** andekat inimest. Taha *et al.* (2015) vaatlevad talente tervishoiuorganisatsioonide strateegilise varana, mis mõjutavad haiglate tulemuslikkust. Tansley (2011) väidab, et puudub ühtne definitsioon talendi kirjeldamiseks, vaid tähendus kujuneb sõltuvalt organisatsioonist, mille raames talente vaadeldakse. Siiski leiab autor, et talentidele on iseloomulikud teatud käitumuslikud omadused (näiteks teo- ja tahtevõimeline hoiak), teadmised, oskused ning kompetents ja kognitiivne võimekus. Nijs *et al.* (2014) kirjeldavad kahte olulist dimensiooni: kaasasündinud võimed ja süstemaatiline enesearendus. Kuigi kaasasündinud võimed on eelduseks ülimateks saavutusteks, ei ole see võimalik ilma sihipärase enesearenduseta. Taie (2015) hinnangul määravad talendi kolm komponenti: võimekus, motivatsioon ja võimalused. Magistritöö autor käsitlebki töö raames

talente haigla kontekstis kui isikuid, kes on alles spetsiifilisi oskuseid ja teadmisi omandamas või kellel on juba olemas vajalikud teadmised, oskused ja motivatsioon tehnoloogia- ja teadmusmahuka tervishoiuteenuse osutamisse panustamiseks.

Collings ja Mellahi (2009) leidsid, et on hakatud mõistma talentide tuvastamise vajadust, sest see on eelduseks tulemuslikkuse maksimeerimisele ning organisatsioonide ressursid ja võimekus on seotud selle talentide omadega. Edukad tervishoiuorganisatsioonid näevad jätkusuutlikkuse saavutamiseks ja tulemuslikkuse parandamiseks perspektiivi personali poliitikas, mis keskendub talentide leidmisele (Martin 2015: 113). Autor leidis, et aktiivne talentide arendamine võimaldab haiglatel saavutada konkurentsieelise, säilitada turupositsiooni, parandada teenuste kvaliteeti ja patsientide rahulolu. Dhanabhakya ja Kokilambal (2014) väidavad, et talendikesksed haiglad tulevad edukamalt toime avalikkuse nõudmistega. Autorid järeldasid, et lisaks parandab see töötajate motivatsiooni ning tulevikuperspektiivi. Kasvavad tervishoiuteenuste mahud ning uute tehnoloogiate ja ravimeetodite rakendamine kajastub haiglate suurenevates tegevuskuludes. Arvestades, et haigla kuludest suure osa moodustavad tööjõukulud, arvab Douglas (2013), et talentide juhtimine võiks optimeerida tegevuskulusid ning parandada kasumimarginaale. Magistritöö autor leiab, et Eesti Haigekassa väheneva eelarve raames on viimati mainitud argumendil oluline kaal.

Tervishoiuteenuste osutamise mahu kasvu kõrval kujuneb probleemiks tervishoiutöötajate süvenev puudus igal tervishoiu tasandil (Heilmann 2010: 521). Oladapo (2014) väidab, et USA-s on järgnevate kümnendite jooksul pensionile siirdumas ~70 miljonit spetsialisti. Lisaks meditsiinipersonalile puudutab probleem ka tervishoiujuhte. Ohnmacht (2012) on viidanud pädevate tervishoiujuhtide vananemisele ja tenuuri lõppemisele, kuid uute sobivate kandidaatide ring on piiratud. Probleemid ei piirdu vananemisest tingitud personalihulga vähenemisega, vaid on seotud ka sissejuhatuses mainitud vähenenud sündimusega. Cahill ja Sedrak (2012) leiavad, et probleemiks on ka erinevate põlvkondade kombineerumine. Kuigi tervishoiuteenuste osutamisel on läbiv patsiendikesksus, leidsid autorid, et Y generatsiooni (inimesed sündinud aastatel 1979–2002) väärtused ning hoiakud erinevad eelkäijate omadest ja seetõttu on mitmest generatsioonist koosneva tööjõu juhtimine keerulisem. Magistritöö autor järeldab, et arusaam talentide arendamise vajalikkusest, mis on aluseks kvaliteetse

tervishoiuteenuse osutamisele ja organisatsiooni tulemuslikkuse paranemisele ning vajaliku tööjõuressursi nappus on viinud mõistmiseni, et talentide olemasolu organisatsioonis ei saa olla juhuslik, vaid eeldab selles suunas sihipärast tegevust – **talentide juhtimist**.

Avaliku sektori talentide juhtimise piiratud teadmiste tõttu on seda tagasihoidlikult rakendatud, kuid järjest rohkem koguneb sellealast informatsiooni (Glenn 2012: 25). Ingram ja Glod (2016) väidavad, et talentide juhtimine algab nende määratlemisega, millele järgneb juhtimine laiemas mõttes. Selleks peab organisatsioon defineerima talendi olemuse ja ootused talentidele, mis vastaksid organisatsiooni strateegilistele eesmärkidele. Taha *et al.* (2015) leiavad, et talentide juhtimine ei erine inimressursi juhtimisest (HRM, *human resource management*), vaid on selle osa, mis keskendub teatud tüüpi töötajatele. Ingram ja Glod (*Ibid.*: 340) leiavad, et talentide juhtimist eristab HRM-st soov talente organisatsiooni erinevates võtmeprotsessides kaasata. Klassikalised HRM-i komponendid (värbamine, treening, töösoorituse hindamine ja tulemustasustamine) peavad toetama talentide juhtimise sügavamaid eesmärke (Rani ja Joshi 2012: 20). Dhanabhakym ja Kokilambal (2014) rõhutavad uudse informatsiooni ning lähenemise olulisust, lisaks konventsionaalsetele HRM-i komponentidele, et talentide juhtimine oleks üleüldse võimalik. Autorid tähtsustavad talentide juhtimise ja organisatsiooni eesmärkide sidumist, mis on aluseks püsivale tulemuslikkusele, kuna autorite hinnangul on talentidel võtmeroll organisatsiooni tulemuslikkuses. Seejuures ei ole tähtis, kas talendid on võimelised panustama organisatsiooni koheselt või on vajalik eelnev sihipärane arendamine. Sisulised erinevused talentide juhtimise kontseptsiooni osas tulenevad kirjanduses ennekõike sellest, kuidas autorid kontseptsiooni komponente liigitavad. Ülevaade talentide juhtimise definitsioonidest on esitatud tabelis 9.

Kirjandusele tuginedes käsitleb töö autor talentide juhtimist sihipärase ja tõendusliku tegevuste komplektina organisatsioonile väärtusliku inimressursi loomiseks. Lähtuvalt erinevate autorite käsitlusest, jagab töö autor talentide juhtimise komponendid kolme põhilisse kategooriasse: **talentide värbamine**, **arendamine** ja **hoidmine**. Magistritöö autor leiab, et kuigi tinglikult on võimalik talentide juhtimise kontseptsiooni käsitleda erinevatest aspektidest, on tegemist siiski ühtse tervikuga, mille erinevad kategooriad on omavahel tihedalt põimunud, kattudes ja mõjutades üksteist suuremal või vähemal määral.

Tabel 9. Talentide juhtimise definitsioonid

Autor	Definitsioon	Komponendid
Martin 2015: 113	Organisatsioonisisised inimressursi kujundamise protsessid produktiivse tööjõuressursi loomiseks.	Talentide meelitamine, arendamine, motiveerimine, hoidmine.
Taha <i>et al.</i> 2015: 91	Süsteemne tegevus nende töötajate nimel, kelle panus organisatsiooni on kriitilise tähtsusega käesoleval hetkel või saab olema tulevikus.	Talentide meelitamine, tuvastamine, arendamine, kaasamine organisatsiooni protsessidesse (<i>engagement</i>), hoidmine.
Rani ja Joshi 2012: 20	Organisatsiooni strateegilise juhtimise võtmekomponent, mille eesmärk on arendada tööjõuressurssi, kui kapitali, mis toetab organisatsiooni kasvu ja eesmärke.	Talentide tuvastamine, talentide (sisemised ja välised) arendamine, talentide kaasamine organisatsiooni protsessidesse, motivatsioon ja hoidmine.
Dhanabhakym & Kokilambal 2014: 24	Tsentraalne inimressursi juhtimise komponent, mille eesmärgiks on läbi talentide parandada organisatsiooni tulemuslikkust.	Talentide kui ressursi haldamine, arendamine ja tasustamine.
Taie 2015: 18	Pidev, proaktiivne tegevus suure potentsiaaliga isikute edu tagamiseks organisatsioonisiselt.	Talentide meelitamine, tuvastamine, värbamine, arendamine, motiveerimine, edutamine, hoidmine.

Allikas: autori koostatud.

Vaatamata sektorite vahelistele varieeruvustele, on mõned talentide juhtimise praktikad universaalsed (Dhanabhakym ja Kokilambal 2014: 23). **Talentide värbamine** seisneb talentide tuvastamises ja meelitamises (*attraction*) organisatsiooni ning palkamises. Talendid võivad pärineda sama organisatsiooni seest. Taie (2015) rõhutab vajadust selge visiooni ja plaani järele, mis võimaldaks kasutada haigla ressursse uute talentide kaasamiseks organisatsiooni. Selleks, et talente haiglasse meelitada, tuleb esmalt määratleda talendi kriteeriumid ja roll organisatsioonis ning seejärel analüüsida olemasolevate protsesside ja strateegia sobivust selliste töötajate leidmiseks. Töö autor leiab, et õigete inimeste leidmine haigla õigetele ametikohtadele on võimalik vaid kaalutletud ja sihipärase tegevusega.

Põhiliseks värbamisega seotud probleemiks on kandidaatide vähesus ja haiglate oskamatus värbamistegevust ellu viia (Heilmann 2010: 521). Autor rõhutab, et haiglate värbamisprotsess peaks olema kaasaegsem, tõhusam, kiirem ja sellega peab tegelema koolitatud

personal. Vaiman *et al.* (2012) nendivad, et talentide puudus viib tulevikus haiglata vahelise konkurentsi kujunemiseni tööjõuturul ja leiab, et ühe võimalusena talentide meelitamiseks võiksid haiglad keskenduda sotsiaalse vastutuse ja jätkusuutlikkuse aspektidele. Tulevikus võivad määravaks saada hoopis põlvkondlikud eripärad. Cahill ja Sedrak (2012) leidsid, et Y generatsioon väärtustab enam tähendusrikast tööd, missioonile orienteeritust ning dünaamilist, tehnoloogiamahukat töökeskkonda, mistõttu võiks tervishoiusektor olla Y generatsiooni silmis atraktiivne, vähendades magistratöö autori hinnangul mõningal määral pinget. Mitmed organisatsioonid suudavad küll talente kaasata, kuid sellega tegevus piirdub (Rani ja Joshi 2012: 20). Oladapo (2014) rõhutab, et kuigi palk ja muud hüved töötavad reeglina hästi talentide meelitamiseks, ei pruugi neist pikas perspektiivis piisata nende hoidmiseks, mistõttu keskenduvad tipporganisatsioonid rohkem talentide **arendamisele**.

Martin (2015) viitab talentide arendamisele kui kõige kriitilisemale osale talentide juhtimisel. See on keskne järelkasvu kindlustamisel kliinilise personali ja haigla juhtide kontekstis. Põhjalikud talentide arendamise strateegiad peavad olema seotud organisatsiooni kõrgemate eesmärkidega. Martin vaatles talentide arendamise tööriistadena haiglapoolset treeningut, struktureeritud enesearendamist ja võimalust õpitud praktikas rakendada. Ingram ja Glod (2016) rõhutavad eraldi oskuste ja teadmiste arendamist, kuid suhtuvad haiglapoolsetesse arendustegevustesse pigem kriitiliselt, olles veendunud, et haiglad eelistavad enda huve töötajate omadele. Lahendusena vaatlesid autorid võimalust talentidel ise valida koolitused ja enesetäiendusmeetodid, mida finantseeritaks haigla vahenditest. Taha *et al.* (2015) leidsid, et vaatamata koolitusvõimalustele, pööratakse vähe tähelepanu karjääri edendamisele ja arengule. Autorid tõid välja järjepidevuse aspekti kui olulise elemendi arengu seisukohast.

Talentide arendamise osaks on nende regulaarne hindamine, kasutades selleks erinevaid hindamismudeleid ja tagasiside andmine (Dhanabhakya ja Kokilambal 2014: 23; Taha *et al.* 2015: 98). Tänapäeva töötajatel on suuremad ootused arenguvõimalustele, tähtsustades vähem palka ja muid hüvesid (*Ibid.*: 25). Wells ja Hejna (2009) leidsid, et sõltumata sellest, kas arendatakse meditsiinitöötajaid või haigla juhte, on oluline tuvastada need oskused ja kompetentsid, mida haigla väärtustab ja võrrelda neid olemasolevatega. See võimaldab sihipäraselt tegutseda puudujääkide suunas. Autorid tähtsustasid õpitu rakendamist praktikas

ja töösoorituse hindamist. Ohnmacht (2012) on rõhutanud mentorlust kui olulist tööriista talentide arendamisel ja motiveerimisel ning tähtsustanud lisaks kollektiivsetele ja organisatsiooni poolt võimaldatud arendustegevusele ka individuaalseid õppimisvõimalusi. Magistritöö autor arvab, et talentide arendamise meetodid tuleks valida vastavalt haigla ressurssidele ja varasemale kogemusele, tuginedes seejuures tõenduspõhisusele.

Talentide meelitamine ja **hoidmine** on saavutatavad sageli samade meetmetega. Kõrge palk võib soodustada nii talentide meelitamist kui ka nende pikaajalist panust organisatsioonis. Kuigi mitmeid tegureid (nt enesearendamine, karjäärivõimaluste ja perspektiivi olemasolu) väärtustatakse varasemast enam, on endiselt mitmeid füüsilisi ja pragmaatilisi tegureid, mis talente samas organisatsioonis pikalt hoida võimaldavad. Vääriline palk, haiglapoolne eluase ja roteerumise võimalus haiglasiseselt on Dhanabhakya ja Kokilambali (2014) hinnangul heaks võimaluseks talentide hoidmisel haiglates, kuid järjest vähem väärtustavad spetsialistid füüsilisi hüvesid. Autorid pidasid heaks talentide hoidmise võimaluseks ka paindlikku tööaega ja juhtkonna toetavat hoiakut karjäärieesmärkide suunas. Oladapo (2014) peab talentide hoidmist organisatsioonis suurimaks murekohaks tänapäeval. Haiglad on huvitatud, et hästi koolitatud, kelle arendamine on ressursimahukas, töötaksid pikalt samas kohas. Faktorina, mis talente pikalt ühte organisatsiooni jääma motiveerib, kirjeldas autor enesearengu ja koolitamise võimaldamist tööandja poolt. Rani ja Joshi (2012) leidsid, et kuigi põhipalga suurus on oluline tegur, väärtustasid talendid ka turvatunde olemasolu ning oluliseks motivatsiooni kujundamisel peeti spetsialistide treenimist ja koolitamist.

Töö autor käsitles alapeatükis talentide juhtimist kui sihipärast tegevust organisatsioonile väärtusliku inimressursi loomiseks. Talentide juhtimine võimaldab parandada haiglate tulemuslikkust, jätkusuutlikkust ning tervishoiuteenuste kvaliteeti. Selleks tuleb esmalt „defineerida“ talendi olemus ja keskenduda edasi kolmele põhitegevusele: talentide värbamisele, arendamisele ja hoidmisele. Mainitud kategooriad kattuvad ja täiendavad üksteist. Töö autor usub, et mida varem mõistavad haiglad talentide juhtimise olulisust, seda väiksema ressursikuluga on neil võimalik talendibaasi arendada. Autor leiab, et eesmärgipärane talentide juhtimine ei ole organisatsioonidele mitte võimaluseks, vaid kohustuseks.

1.3. Seosed juhtimispraktikate ja kardioloogiakeskuste kliinilise tulemuslikkuse vahel

Autor on eelnevalt andnud ülevaate tõenduspõhise juhtimise olulisusest juhtimispraktikate tuvastamiseks haiglates ning käsitlenud põhjalikumalt WMS mudelit. Autor vaatles mitte-finantsilisi tulemusnäitajaid ning järeldas, et nende fookus on seatud põhiliselt patsiendile, töötajale ja tervishoiuteenusele. Töö autor julgeb väita, et haiglate ülim fookus on patsientide heaolu, mistõttu viimases alapeatükis kirjeldab autor lühidalt seoseid juhtimispraktikate ning kardioloogiakeskuste kliinilise tulemuslikkuse vahel patsiendifookusest lähtuvalt.

Vaid tõenduspõhise juhtimise (ja seeläbi juhtimispraktikate) ning tõenduspõhise meditsiini integreerimise abil on võimalik parandada tervishoiuteenuste kvaliteeti (Shortell *et al.* 2007: 675). Tõenduspõhine meditsiin määrab ära sisu ning tõenduspõhine juhtimine konteksti, milles sisu rakendust leiab. Vaatamata tõenduspõhise juhtimise ning juhtimispraktikate tähtsusele, leidsid McConnell *et al.* (2014), et WMS juhtimispraktikate mudeli elemente kasutatakse vähestes USA kardioloogiakeskustes. Autorid leidsid, et vähem kui 20% uuritud kardioloogiakeskuste (kokku uuriti 597 haiglat) juhtidest hindas 18-dimensioonilises WMS mudelis skooriga neli või viis (ühe juhtimispraktika dimensiooni maksimaalne skoor on viis) rohkem kui üheksat dimensiooni. Enamus juhte hindas 15 dimensiooni 18-st skooriga kolm või vähem. Töö autori hinnangul viitab samas tagasihoidlik juhtimispraktikate kasutamise ulatus perspektiivi olemasolule organisatsiooni juhtimiskvaliteedi parandamiseks.

Töös eelnevalt käsitletud juhtimispraktikate tähtsusele lisaks on nende üheks olulisemaks väärtuseks **otsene mõju patsientidele**. Juhtimispraktikate kasutamisest tingitud kliinilise tulemuslikkuse paranemine ja tulemuslikkuse raportite avalikustamine on seotud haigla avaliku reputatsiooniga ning ühtlasi on avalik raporteerimine ise sisendiks tulemuslikkuse paranemisele (Hibbard *et al.* 2005: 1150). Analoogse tulemuseni jõudsid McConnell *et al.* (2016), kes leidsid, et avalike raportite (näiteks info suremuse kohta) esitamise ja ägeda müokardiinfarktiga (ÄMI) patsientide haigla valiku vahel esineb tugev seos. Autorite hinnangul oli seos tugevaim just aktiivse talentide juhtimise ja patsientide haiglavaliku vahel. Jung *et al.* (2011) väitsid, et patsiendid teevad tihti haiglavaliku juba enne avalike raportite

ilmumist, tehes seda sageli varasemate kogemuste põhjal. Sõltumata sellest, mis ajendil patsiendid haiglavaliku teevad, arvab magistritöö autor, et juhtimispraktikate aktiivne rakendamine haiglas võiks olla oluliseks eelduseks sellele.

ÄMI järgne 30-päeva suremus varieerub haiglate võrdluses oluliselt ja selleks on mitmeid põhjuseid (Bradley *et al.* 2010: 1108). Autorid leidsid, et muuhulgas mõjutab suremust haigla lähedus ülikooliga ja omandivorm (õpetavate ja eraomandis olevate haiglate ÄMI järgne suremus oli madalam). Allison *et al.* (2000) on samuti jõudnud järelduseni, et ülikoolihaiglatesse hospitaliseerimine oli seotud parema ravikvaliteediga ÄMI korral. Magistritöö autori seisukohast võiks selline seos olla osalt tingitud magistritöös eelnevalt käsitletud asjaolust, et kirjanduse andmetel on ülikooliga lähedalt seotud (ja ka eraomandis olevates) haiglates erinevate juhtimispraktikate rakendamine tavapärasem.

McConnell *et al.* (2013) leidsid kardioloogiakeskustes läbi viidud uurimuses, et tootmisettevõtetele tüüpiliste juhtimispraktikate rakendamine haiglates oli seotud paremate infarkthaigete ravitulemustega ning madalama ÄMI järgse 30-päeva suremusega. Leiti, et kõikide hinnatud raviprotsessi indikaatorite (erinevate prognoosi parandavate ja haigestumist ennetavate ravimite kasutamine, võtmeprotseduuride teostamine, nõustamine) ja juhtimispraktikate vahel esineb oluline positiivne seos. Autorite hinnangul on soodsamad tulemused seotud juhtimispraktikate rakendamisega, mis keskenduvad raviprotsesside varieeruvuse vähendamisele, töötajate vastutuse suurendamisele ja ravivigade tuvastamisele.

USA rahvuslike andmete põhjal oli riigi parimate haiglate 30-päeva suremus ÄMI järgselt varasemalt 10.9% ning madalama tulemuslikkusega haiglates oli vastav väärtus 24.9% (Bradley *et al.* 2012: 618). Autorid väitsid, et teatakse vähe faktoritest, mis ÄMI järgset 30-päeva suremust mõjutavad ja leidsid, et teadaolevad faktorid (näiteks teatud ravimite kasutamine) seletavad hinnanguliselt vaid 6% haiglate vahelisest varieeruvusest. Oma uurimuses kirjeldasid Bradley ja kolleegid viit strateegiat, mis olid statistiliselt ja kliiniliselt oluliselt seotud ÄMI järgse 30-päeva suremuse langusega:

- Arstidele ja õdedele liidri rolli omistamine, eesmärgiga parandada ravikvaliteeti;
- Haiglakultuuri loomine, mis soosib arstide loovat lähenemist probleemidele;

- Igakuised haigla koosolekud eesmärgiga hinnata haigete ravikäsitlust;
- Kardioloogide ööpäevaringne olemasolu haiglates;
- Kardioloogilistel protseduuridel vaid spetsialiseerunud õdede kasutamine.

Suremuse vähenemine oli vastavalt 0.88, 0.84, 0.70, 0.54 ja 0.44 protsendipunkti. Autorid leidsid, et vaid 10%-s uuritud haiglates (kokku 537 haiglat) rakendati nelja viiest strateegiast. Töö autor leiab, et erinevast sõnastusest hoolimata on võimalik leida käsitletud strateegiate ja WMS mudeli elementide vahel sarnasusi, käsitledes neid seega juhtimispraktikatena.

Curry *et al.* (2011) hindasid faktoreid, mis võiksid parandada tulemuslikkust ÄMI korral. Autorid hindasid kõige parema ja halvema tulemuslikkusega kardioloogiakeskuseid ning leidsid, et ÄMI järgset 30-päeva suremust mõjutab kõige rohkem organisatsioonikultuur, mis toetab ÄMI patsientide ravikäsitluse parandamist. Seejuures hinnati samuti oluliseks, kuid mitte ainuüksi piisavaks, tõenduspõhist käsitlust. Autorid leidsid, et sellist organisatsioonikultuuri aitavad luua jagatud organisatsiooni väärtused ja eesmärgid, laialdane juhtkonna ja personali kaasamine ning kommunikatsioon ja ühine probleemide lahendamine.

Suremusnäitaja kasutamine tulemuslikkuse hindamisel on vaid üheks võimaluseks, kuid töö autor valis üheks tulemusnäitajaks 30-päeva suremuse lähtuvalt selle olulisusest ja selle eeldatavat hõlpsasti mõistetavust ka mittekliinilise taustaga lugejale. Suremus tulemusnäitajana hõlmab mitmeid dimensioone (haiglasisesed ja -välised protsessid ja etapid), kirjeldades seeläbi haige käsitluse kvaliteeti indekssündmusest raviprotsessi lõpuni tervikuna. Tõenduspõhine kirjandus toetab seoseid juhtimispraktikate kasutamise ning haiglate tulemuslikkuse vahel. Kuigi tõenduspõhise meditsiini tähtsust ei saa alahinnata, leiab autor, et haiglate tulemuslikkus sõltub olulisel määral sellest, kuidas tõenduspõhine meditsiin teooriast praktikasse jõuab. Autor usub, et kliinilises töös kasutavad arstid intuiitiivselt mitmeid juhtimispraktikate elemente, teadmata seda ise. Lisaks kaldub autor arvama, et kliinilise tulemuslikkuse taga võidakse näha liigselt tõenduspõhise meditsiini rolli, kuigi osa tulemuslikkusest võib olla determineeritud tõenduspõhise juhtimise ja juhtimispraktikate poolt. Sellise arusaama laiema leviku nimel tuleks juhtimispraktikate olulisust ja väärtust propageerida süstemaatiliselt ülikoolist alates.

2. JUHTIMISPRAKTIKAD JA KLIINILINE TULEMUSLIKKUS KÕRGEIMA ETAPI KARDIOLOOGIAKESKUSTES

2.1. Uurimismetoodika ja valimi kirjeldus

Autor annab käesolevas alapeatükis ülevaate empiirilises osas kasutatud uurimismetoodikast, kirjeldab uurimisprotsessi ning -objekte. See on aluseks järgmistele alapeatükkidele, milles analüüsitakse keskuste juhtimispraktikaid ja kliinilist tulemuslikkust ning tehakse nende põhjal järeldused ja antakse soovitusel juhtimispraktikate täiustamiseks Eesti kõrgeima etapi kardioloogiakeskustes.

Autor valis sisendinfo saamiseks kvalitatiivse analüütilise lähenemise, milleks kasutas kahte andmekogumismeetodit: juhtimispraktikate küsimustikku ja dokumendianalüüsi. Juhtimispraktikate rakendamise ulatuse hindamiseks kasutas magistritöö autor Bloomi ja Van Reeneni (2007) loodud ja McConnell *et al.* (2013) modifitseeritud WMS mudelit, mis hindas järgmisi juhtimispraktikate põhikategooriaid:

- protsesside juhtimine,
- töösoorituse juhtimine,
- eesmärkide juhtimine,
- talentide juhtimine.

Küsimustikus paluti vastajal hinnata 18 erinevat juhtimispraktika dimensiooni skooriga 1-5, milles skoor „5“ kirjeldas ideaalilähedast juhtimispraktikate rakendamist ning skoor „1“ halvimat praktikat. Iga juhtimispraktika dimensiooni puhul peaks seega skoor kujunema vastavalt juhtimispraktika rakendamise ulatusele uuritavas organisatsioonis. Igale juhtimispraktika dimensioonile vastamiseks oli esitatud kolm stsenaariumit, mis kirjeldasid vastavalt juhtimispraktika skoores „1“, „3“ ja „5“. Vastamise hõlbustamiseks ja perspektiivi mõistmiseks presenteeris töö autor küsimustiku vastajatele iga juhtimispraktika stsenaariumi

all täpsustavaid näiteid, mida vastajad pidid ühtlasi märkima vastavalt sellele, kas näidetes esitatud rakendatakse vastaja organisatsioonis või mitte. Selle põhjal oli võimalik töö autori sisukam juhtimispraktikate analüüs magistritöö empiirilises osas.

Kuigi klassikaliselt on WMS mudelit kasutatud juhtimispraktikate hindamisel läbi intervjuude, otsustas autor pragmaatilisel kaalutlustel (valimi kaks haiglat asuvad väljaspool Eestit) kasutada mudelit küsimustiku vormis. Autor kaalus ka telefoniintervjuu võimalust, kuid leidis, et digitaalselt edastatud küsimustik annab vastajatele paindlikkuse planeerida vastamisprotsessi ajaliselt. Küsimustiku koostamisel tõlkis autor tervishoiu-sektoris kasutatava WMS mudeli versiooni inglise keelest eesti keelde, mis seejärel tõlgiti tagasi inglise keelde algse tekstiga mitte tuttava isiku poolt. Autor kasutas inglisekeelset küsimustikku kõigi keskuste puhul, et tagada maksimaalne andmete võrreldavus. Autor nendib, et küsimustikku kasutades ei ole võimalik kontrollida konteksti, ega tagada kõigi vastajate ühesugune tõlgendus. Ühtlasi arvestas autor võimalusega, et vastaja annab vastused lähtuvalt sellest, kuidas tema organisatsiooni näeb, mitte organisatsiooni tegelikust olukorrast. Kuigi autor kasutas küsimustikus ka numbrilisi väärtuseid (skoore), on metodoloogiline lähenemine kvalitatiivne ja interpreteeriv. Inglisekeelne küsimustik, mida autor magistritöös kasutas, on esitatud lisa 1.

Ühtlasi hindas töö autor uuritavates kardioloogiakeskustes kahte tulemuslikkuse võtmenäitajat (KPI-d): **ägeda müokardiinfarkti (ÄMI) järgset 30-päeva suremust ja statiinravi rakendamise ulatust haiglast väljakirjutamisel ÄMI järgsel**, mis mõlemad on muuhulgas ka Eesti Haigekassa kardioloogia kliinilised indikaatorid (Eesti Haigekassa, 2020). Vajaliku informatsiooni hankimiseks kasutas töö autor dokumentide andmeanalüüsi. Kõik uurimuses kasutatud andmeallikad on kirjeldatud tabelis 10. KPI-de valikul tugines autor primaarselt nende tähtsusele, andmete hankimise hõlpsusele ja riikidevahelisele andmete võrreldavusele. Tuginedes KPI-de olulisusele organisatsiooni tulemuslikkuse hindamisel ning juhtimispraktikate ja tulemuslikkuse vaheliste seoste analüüsimisele kui ühele võimalusele juhtimise hindamiseks (Adhikari *et al.* 2015: 143), kõrvutas magistritöö autor uuritavate haiglate juhtimisskoorid ja vaadeldud tulemuslikkuse võtmenäitajad hindamaks võimalikke seoseid.

Juhtimisskooride ja tulemusnäitajate vaheliste seoste analüüsimise järgselt käsitles autor põhjalikumalt WMS juhtimispraktikate küsimustiku põhjal kogutud ja analüüsitud informatsiooni ning võrdles Eesti kahte uuritavat kardioloogiakeskust uuritavate välismaa keskustega. Analüüsi käigus tõi autor välja märkimist väärivad erinevused ja sarnasused. Nii juhtimispraktikate skooride ja KPI-de vaheliste seoste analüüs kui ka juhtimispraktikate küsimustike põhjalikum analüüs ja võrdlus on aluseks ettepanekutele töö lõpus.

Tabel 10. Empiirilises osas kasutatud sisendinfo kirjeldus

Tunnus	Juhtimiskvaliteet	Tulemusnäitajad (KPI-d)
Meetod	Esmased andmed (küsimustik)	Teisesed andmed (dokumendid ja registriandmed)
Andmeallikad	WMS juhtimispraktikate mudel (Bloom & Van Reenen 2007; McConnell <i>et al.</i> 2013; autori kohandatud); varasemad uurimistulemused.	Kardioloogiakeskuse aruanne 2019; NCAP Annual Report 2018; SA TÜK Südamekliinik Aastaruanne 2019; SWEDEHEART Annual Report 2019; BCIS Audit Returns Adult Interventional Procedures 2019; Ravikvaliteedi aruanne: Patsientide osakaal...2018 2019; andmepäring Eesti Müokardiinfarktiregistrile; varasemad uurimistulemused.

Allikas: autori koostatud.

Lõpetuseks, hindamaks uurimistulemuste usaldusväärsust olukorras, kus autoril puudus võimalus kontrollida konteksti, milles küsimustike vastajad oma ülesannet täidavad ja arvestades asjaolu, et hindajad peavad andma hinnangu enese organisatsioonis juurutatud juhtimispraktikatele, viis autor läbi valideerimise ühe uuritava keskuse piires. Selleks küsis autor, sama küsimustikku kasutades, kuult Regionaalhaigla kardioloogiakeskuse erinevas osakonnas töötavalt arstilt nende hinnangut keskuses juurutatud juhtimispraktikate kohta ja võrdles saadud tulemusi keskuse juhi poolt antud juhtimisskooridega.

Valimi moodustamisel otsustas magistritöö autor keskenduda konkreetsemalt kardioloogia erialale. Haiglate erinevate keskuste, kliinikute või osakondade juhtimispraktikate hindamine eraldi oleks olnud ebaproportsionaalselt suur töö ning sellisel juhul oleks osutunud keerulisemaks tagada võrreldavus välismaa keskustega. Autor usub, et ka haigla ühe keskuse hindamine peegeldab mingil määral organisatsiooni terviklikku juhtimist. Autor piirdus

valimis kõrgeima etapi haiglatega, mis on riiklikud kompetentsikeskused, mistõttu on nende keskuste juhtimise kvaliteet autori hinnangul eriti oluline. Autor leiab, et haiglate omavaheline võrreldavus on empiirilise osa üks tugevusi.

Empiirilise töö aluseks on suunatud valim, mille moodustamisel lähtus autor isiklike kontaktide olemasolust ja eeldatavast võimalusest küsimustikele vastuseid saada. Kokku edastati küsimustik 10-le erinevale Euroopa ülikoolihaiglale (Saksamaa, UK, Tsehhi, Slovakkia, Norra, Rootsi, Soome) ja kahele Eesti haiglale. Positiivne vastus saadi neljast keskusest (vastajate protsent 33,3%). Paraku ei õnnestunud valimisse kaasata ühtki Soome haiglat, mis oleks autorile huvi pakkunud ka isiklikult. Valimi moodustasid:

- Tartu Ülikooli Kliinikum (TÜK),
- Põhja-eesti Regionaalhaigla (PERH),
- Skåne Ülikoolihaigla (SUS, Lundi Ülikooli Haigla),
- Norfolki ja Norwichi Ülikooli Haigla (NNUH).

Vastajateks oli uuritud haiglate kardioloogiakeskuste juhatajad, v.a Skåne Ülikoolihaigla, milles küsimustikule vastamine delegeriti kompetentsele keskuse töötajale. Autori hinnangul ei ole see oluliseks mõõnduseks, kuna võimaldab saada ehk veelgi erapooletumat tagasisidet (küsimustikus puudub autori hinnangul oluline väärsti tõlgendamise ruum).

Ülevaade nelja uuritava kardioloogiakeskuse struktuuri ja põhitegevuse kohta on esitatud tabelis 11. Autor leiab, et uuritavad haiglad on nii haigla tüübilt kui ka omandivormilt sarnased. Kõik valimi haiglad on kontsernid, hõlmates mitmeid sidus- ja tütarhaiglaid. Suurim teeninduspiirkond ja töötajate hulk on Skåne Ülikoolihaiglal. Kõik valimi haiglad on seotud ülikoolidega, olles õpetavad haiglad, mis valmistavad ette tulevasi spetsialiste. Seega on iga riigi suurhaiglatel lisaks riikliku tervishoiupoliitika elluviimisele ka oluline roll pädeva järelkasvu loomisel. Magistritöö autori hinnangul ei viita töötajate arv otseselt ametikohtade arvule haiglates, kuna tõenäoliselt töötab oluline osa ka osalise koormusega, kuid annab siiski adekvaatse aluse võrdluseks. TÜK ja PERH kui piirkondlikud haiglad peavad valitsuse määruse kohaselt tagama arstiabi kuni 1 mln suurusele teeninduspiirkonnale. TÜK-i ja

PERH-i väiksem töötajate arv, võrreldes SUS-i ja NNUH-ga, võib viidata ka asjaolule, et töö hulk ühe meditsiinitöötaja kohta on suurem.

Tabel 11. Uuritavate haiglate üldine tutvustus

Põhiandmed	SUS	NNUH	TÜK	PERH
Omandivorm	Avalik haigla	Avalik haigla	Sihtasutus (avalik haigla)	Sihtasutus (avalik haigla)
Haigla tüüp	Ülikoolihaigla (regionaalne haigla)	Ülikoolihaigla	Ülikoolihaigla (piirkondlik haigla)	Piirkondlik haigla
Asutamise aasta	2010	2001	1998	2001
Seotud ülikool	Lundi Ülikool, Malmö Ülikool	Norwichi Meditsiinkool, East-Anglia Ülikool	Tartu Ülikool	Tartu Ülikool
Töötajate arv kontsernis	~12 000	~8000	5844 (s.h TÜK-s 4302)	4817 (s.h PERH-s 4274)
Erialad	Kõik meditsiini-erialad	Kõik meditsiini-erialad	Kõik meditsiini-erialad	Kõik meditsiini-erialad, v.a: - oftalmoloogia - sünnitusabi
Teeninduspiirkond (inimest)	~1 400 000	~900 000	Kuni 1 000 000	Kuni 1 000 000

Allikas: (SA TÜK konsolideeritud ... 2019; Tartu Ülikooli Kliinikumi ... 2020; Põhja-Eesti Regionaalhaigla ... 2020; 2018. aasta konsolideeritud... 2019; Norfolk ja Norwichi ... 2020; Skåne Ülikoolihaigla koduleht 2020; Skåne Care koduleht 2017); autori koostatud.

Valimi haiglad pakuvad tervishoiuteenust kõikidel meditsiinierialadel, v.a Põhja-Eesti Regionaalhaigla, mis ei paku teenust sünnitusabi, neonatoloogia ja oftalmoloogia erialadel. Põhjuseks asjaolu, et vastavate erialade kompetentsikeskused on Tallinnas olemas (Pelgulinna Sünnitusmaja ja Ida-Tallinna Keskaigla), mistõttu oleks vastavatel erialadel teenuse osutamine PERH-s põhjendamatu. Kokkuvõtlikult leiab autor, et uuritavad haiglad tervikuna moodustavad suhteliselt homogeense valimi, kuid haiglate suuruse ja funktsiooni omavaheline võrdlus ei ole uurimuse fookusest tulenevalt piisav. Täpsema ülevaate saamiseks tuleb eraldi ja detailsemalt vaadelda uuritavate haiglate kardioloogiakeskuseid. Tabelis 12 on tutvustatud uuritavate haiglate kardioloogiakeskuseid.

Tabel 12. Uuritavate haiglate kardioloogiakeskuste tutvustus

Põhiandmed	SUS	NNUH	TÜK	PERH
Allüksused	- Statsionaarne osakond - Intensiivravi - Invasiiv-kardioloogia - Elektro-füsioloogia - Polikliinik - Funktsionaal diagnostika - Laste-kardioloogia	- Statsionaarne osakond - Intensiivravi - Invasiiv-kardioloogia - Elektro-füsioloogia - Polikliinik - Funktsionaal diagnostika - Laste-kardioloogia	- Statsionaarne osakond - Intensiivravi - Invasiiv-kardioloogia - Elektro-füsioloogia - Polikliinik - Funktsionaal diagnostika - Laste-kardioloogia	- Statsionaarne osakond - Intensiivravi - Invasiiv-kardioloogia - Elektro-füsioloogia - Polikliinik - Funktsionaal diagnostika
24/7 kardio-kirurgia võimekus	Jah	Jah	Jah	Jah
PKI protseduuride arv	~2100 (2018)	1709 (04/2017-03/2018)	1037 (2019)	1175 (2019)
Küsimustikule vastaja nimi	Dr Troels Yndigegn	Dr Toomas Särev	Prof Jaan Eha, dr Rein Kolk	Dr Jaanus Laanoja
Küsimustikule vastaja amet	Keskuse töötaja	Keskuse juht	Keskuse juht/ keskuse direktor	Keskuse juht
Küsimustikule vastamise aeg	Veebruar 2020	Detsember 2019	Märts 2020	Aprill 2020

Allikas: (SWEDEHEART Annual Report ... 2019; Skåne Ülikoolihaigla koduleht 2020; BCIS Audit Returns ... 2019; Kardioloogiakeskuse aruanne 2019 2020; SA TÜK Südamekliinik ... 2020; uurimistulemused); autori koostatud.

Uuritavates haiglates on esindatud kõik kardioloogia subspetsialiteetidid, v.a PERH, kus puudub lastekardioloogia võimekus. Allüksused kannavad erinevates haiglates küll mõnevõrra erinevaid nimetusi, kuid sisuline töö on sarnane ja lihtsuse huvides kasutas magistritöö autor analoogseid termineid. Kõigis uuritavates haiglates on olemas ööpäevaringne kardiokirurgia valmisolek. See on üheks oluliseks eripäraks kõrgeima etapi haiglatel, olles eelduseks keeruliste ja kõrge riskiga protseduuride teostamiseks. Ainsaks laste kardiokirurgilisi operatsioone teostavaks keskuseks Eestis on TÜK.

PKI ehk perkutaanne koronaarinterventsioon on protseduur sulgunud südame pärgarteri avamiseks, mis on kaasaegse ägeda müokardiinfarkti (ÄMI) ravi nurgakiviks. Kõrgeima etapi keskuseid iseloomustab võimekus PKI-d teostada ööpäevaringselt. Kõigis valimi

haiglates on see võimekus olemas. Kuna käesolev magistritöö ei ole kliiniline, piirdub autor protseduuride arvu võrdlusega. Enim teostatakse PKI-d Skåne Ülikoolihaiglas, kõige vähem TÜK-s. See tuleb panna konteksti lähtuvalt haigla suuruselt ja teeninduspiirkonnast. Autor eeldab, et keskmine PKI-de arv ühe operaatori kohta on siiski võrreldav kõigis keskustes.

2.2. Uuritavate keskuste juhtimispraktikate ja kliinilise tulemuslikkuse analüüs

Käesolevas alapeatükis tutvustab magistritöö autor uurimistulemusi. Esmalt kirjeldab autor juhtimispraktikate küsimustikest pärinevat infot juhtimisskooride kohta ning seejärel hindab autor seoseid juhtimisskooride ning vaadeldavate tulemusnäitajate vahel. Seoste hindamise järgselt analüüsib autor põhjalikumalt juhtimispraktikate küsimustike alusel uuritavate kardioloogiakeskustes juhtimispraktikaid, tuues välja põhilised erinevused ja sarnasused Eesti ja välismaa keskuste vahel. Detailsem võrdlus on esitatud hinnatavatest juhtimise põhi-kategooriatest lähtuvalt. Võrdluse aluseks välismaa keskustega on primaarselt Norwichi ja Norfolk'i Ülikooli Haigla, kuna autoril ei õnnestunud saada piisavat tagasisidet juhtimispraktikate detailsemate aspektide kohta Skåne Ülikoolihaiglalt. Küll aga saab kasutada võrdluse tasandil Skåne Ülikoolihaigla juhtimispraktikate skooore.

McConnell *et al.* (2014) leidsid, et WMS mudelis hinnatud juhtimispraktikaid kasutatakse vähestes USA kardioloogiakeskustes. Autorid leidsid, et alla 20% uuritud keskuste (kokku 597 haiglat) juhtidest hindas 18-dimensioonilises WMS mudelis skooriga neli või viis rohkem kui üheksat juhtimispraktikat. Valdav enamus juhte hindas 15 juhtimispraktikat 18-st skooriga kolm või vähem. Magistritöös uuritud haiglatest hindas NNUH kardioloogiakeskuse juht skooriga neli või viis kokku 15 juhtimispraktikat võimalikust 18-st. PERH-i kardioloogiakeskuse juht hindas skooriga neli või viis 13 juhtimispraktikat, vastav näitaja SUS-i puhul oli 11 ning TÜK-s 7. Seega on mõlemad välismaa ning Eestis PERH-i kardioloogiakeskus sarnased USA parimate kardioloogiakeskustega, tuginedes uurimuse tulemustele. Esmase jämeda tähelepaneku haiglate juhtimispraktikate kohta võib teha nende tulemuste põhjal, mille kohaselt PERH-i, NNUH-i ja SUS-i kardioloogiakeskustes

rakendatud juhtimispraktikad on nende keskuste juhtide hinnangutele tuginedes lähemal „ideaalile“, võrreldes Tartu Ülikooli Kliinikumiga. Tabelis 13 on esitatud uuritavate keskuste juhtide antud juhtimispraktikate skoorid (juhtimisskoorid) vastavalt nende esinemis-sagedusele.

Tabel 13. Juhtimispraktikate skooride sagedus uuritavates kardioloogiakeskustes

Skoor	SUS	NNUH	TÜK	PERH
5 (parim juhtimispraktika)	5	9	1	-
4	6	6	6	13
3	7	2	9	5
2	-	1	1	-
1 (halvim juhtimispraktika)	-	-	1	-
Keskmine juhtimisskoor	3,89	4,28	3,28	3,72

Allikas: autori koostatud uurimistulemuste põhjal.

Sisukamaks analüüsiks on mõistlik võrrelda ka keskuste vahelisi juhtimispraktikate keskmisi väärtuseid. WMS mudeli põhjal on hinnatud mitmete riikide avalike haiglate juhtimispraktikaid ning uuritavatest riikidest on varasemalt keskmiseks juhtimispraktikate skooriks hinnatud USA-s 3,0, UK-s 2,8 ning Rootsis 2,7 (Bloom *et al.* 2017: 42). Magistritöö autor teadvustab, et haiglate terviklik juhtimisskoor ning selle allüksuste juhtimisskoorid ei pruugi tingimata kattuda, kuid usub siiski, et allüksuste juhtimise kvaliteet peegeldab laias laastus haigla juhtimiskvaliteeti ja vastupidi. Uurimistulemuste põhjal saab väita, et kõigi uuritavate keskuste keskmised juhtimiskoorid on kõrgemad võrreldes varasemas uurimuses esitatud riikide (USA, UK ja Rootsi) haiglate keskmiste juhtimisskooridega. Eeldades, et aastate jooksul ei ole toimunud drastilist juhtimisskooride paranemist ja küsimustikule vastajad olid objektiivsed, võib põhjendada sellist erinevust suure haiglate vahelise varieeruvusega. Sellise tähelepanekuni on varasemalt jõudnud ka Bloom *et al.* (2013). Väärib rõhutamist, et kuigi magistritöö autor on eelnevalt hinnanud valimi haiglad suhteliselt sarnaseks struktuuri ja võimekuse osas, esineb mõningane erinevus kõrgeima ja madalaima skooriga keskuse (NNUH ja TÜK) keskmise juhtimisskoori vahel (~1,3-kordne erinevus). Haiglate vaheliste erinevuste põhjuseid analüüsib autor edaspidi.

Tulemuslikkuse võtmenäitajana vaatles autor ÄMI järgset 30-päeva suremust ning statiinravi (kolesteroolitaset langetav ravi) ÄMI järgselt haiglast väljakirjutamisel. 30-päeva suremuse mõõtmisel kasutatakse erinevates riikides erinevat metoodikat, mis piirab andmete võrdlemist. Magistritöös kasutatav ÄMI järgne 30-päeva suremus kirjeldab haiglaid tervikuna, mitte kardioloogiakeskuseid, mille 30-päeva suremus eelduste kohaselt on haigla keskmisest madalam. Tabelis 14 on esitatud töös kasutatud tulemuslikkuse indikaatorid.

Tabel 14. Uuritavate keskuste kliinilised tulemuslikkuse indikaatorid.

Tulemuslikkuse indikaator	SUS	NNUH	TÜK	PERH
30-päeva ÄMI suremus (2018) *	3,5%	3,2%	9%	9,5%
Statiinravi ÄMI järgselt haiglast lahkumisel	94%	95%	64%	62%

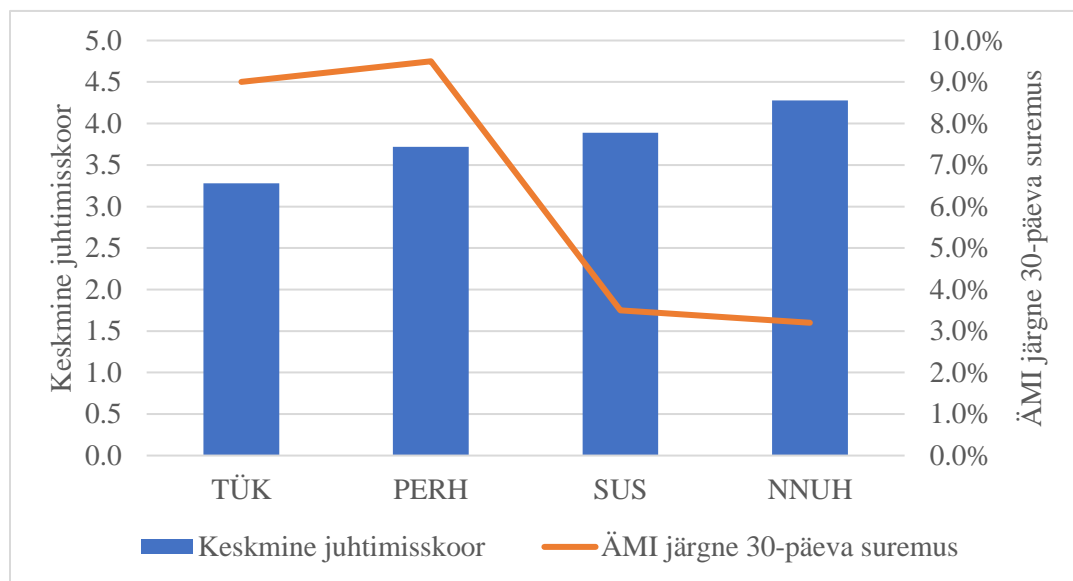
*- haiglad kasutavad 30-päeva suremuse jälgimisel erinevat metoodikat.

Allikas: (BCIS Audit Returns ... 2019: 317; NCAP Annual Report 2018: 20; SWEDEHEART Annual Report ... 2019; Ravikvaliteedi aruanne: Patsientide ... 2018; Digitaalne andmepäring EMIR-le 2020; SA TÜK Südamekliinik ... 2020); autori koostatud.

UK ja Rootsi riiklikele registritele on ette heidetud selekteeritud andmete kajastamist (Chung *et al.* 2015: 8). Mitmete kaasuvate haigustega vanemaealised patsiendid on jäetud registrites tihti kajastamata. Eesti Müokardiinfarktiregistris on kajastatud kõik ägeda müokardiinfarkti diagnoosiga patsiendid. 30-päeva suremust mõjutab kahtlemata ka haiglaeelne (näiteks pädevus kiirabi tasandil) ja haiglajärgne käsitus (taastusravi, patsiendi ravisoostumus), mistõttu ei kajasta 30-päeva suremus ainult kardioloogiakeskuste ravikvaliteeti. Sellele vaatamata usub magistritöö autor, et (mõõdetavatest) faktoritest ainuüksi ei piisa, et põhjendada erinevust uuritavate keskuste vahel. Analoogse seisukohani on varasemalt jõudnud Bradley *et al.* (2012).

McConnell *et al.* (2013) varasemale tööle viidates on selge, et kardioloogiakeskuste juhtimisskoori ja ägeda müokardiinfarkti (ÄMI) järgse 30-päeva suremuse vahel esineb seos. Autorid järeldasid, et juhtimispraktikate aktiivne rakendamine võimaldab langetada ÄMI järgset 30-päeva suremust. Bloom *et al.* (2013) väitsid, et haigla tõusmisel juhtimispraktikate skoori madalamast kolmandikust kõrgeimasse kolmandikku langeb ÄMI järgne 30-päeva

suremus 0,41 SD võrra. Võttes aluseks ÄMI järgse 30-päeva suremuseks 16%, tähendaks see 0,86 protsendipunktilist langust (keskmise haigla puhul aastas 36 surma vähem ÄMI järgselt). Sellest lähtuvalt järeldab magistr töö autor, et ka mõningane keskmine juhtimiskoori paranemine võiks olla seotud väiksema ÄMI järgse suremusega kardioloogiakeskustes. Ühtlasi spekulereib autor, et analoogseid seoseid võiks eeldatavasti leida ka teiste surmapõhjuste aspektist, mis tähendab, et juhtimispraktikate täiustamisel võiks paraneda elulemus ka teiste ägedate eluohtlike seisundite puhul. Joonisel 5 on kõrvutatud uuritavate kardioloogiakeskuste keskmised juhtimiskoorid ning uuritavate kardioloogiakeskuste 2018. aasta ÄMI järgne 30-päeva suremus.



Joonis 5. Kardioloogiakeskuste keskmine juhtimiskoor ja suremus
Allikas: autori arvutused.

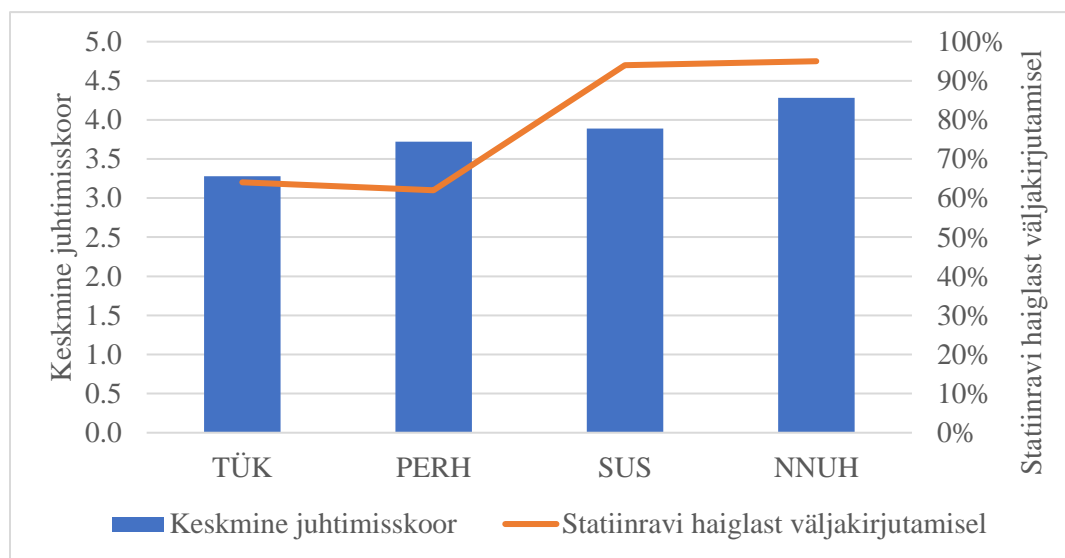
Kuigi magistr töö raames ei ole võimalik hinnata põhjuslikku seost juhtimispraktikate rakendamise ulatuse ja tulemusnäitajate vahel, võib siiski tabeli põhjal ja varasematele uurimustele tuginedes väita, et kõrgema juhtimiskooriga kardioloogiakeskustega riikides (Rootsi ja UK) on keskmine 30-päeva suremus ÄMI järgselt madalam. Arvestades, et PERH-i ja SUS-i keskmised juhtimiskoorid on küllaltki sarnased, on eriti markantseks 3-kordne vahe keskuste ÄMI järgse 30-päeva suremuse aspektist. Viimane tähelepanek laieneb ka TÜK-le. Magistr töö autor soovib siinkohal rõhutada eelnevalt mainitud seisukohta, et

oluline erinevus riikidevahelises suremuses tuleneb tõenäoliselt mitmetest faktoritest, millest juhtimispraktikate rutiinse rakendamise ulatus on vaid üks paljude hulgas ja seosed esinevad ilmselt ka mujal. Magistritöö mahulistest piirangutest ja fookusest tulenevalt on teised võimalikud tunnused (nt kasutatav meditsiinitehnoloogia, ravijuhtude arv, kvaliteedi-juhtimise süsteem, personali hulk ja töötundide arv patsiendi kohta jne) ÄMI järgse 30-päeva suremuse võimalike faktoritena jäetud küll käsitlemata, kuid vääriskid kahtlemata sisukamat analüüsi tulevastes uurimustes.

Teise tulemuslikkuse võtmenäitajana kasutas autor näitajat, mis hindab haigete osakaalu, kellele ÄMI järgselt haiglast väljakirjutamisel oli määratud statiinravi. Statiinravi on kaasaegse ägeda müokardiinfarkti ravi üks nurgakividest. Uurimused on korduvalt tõestanud, et statiinid (kolesteroolitaset langetavad ravimid) vähendavad nii haigestumust kui ka suremust südame pärgarterite lupjumise korral (Ostadal 2012: 227). Euroopa Kardioloogide Seltsi 2015. ja 2017. aasta ÄMI ravijuhendid soovivad vastunäidustuste puudumisel alustada statiinraviga ÄMI järgselt võimalikult varakult (Roffi *et al.* 2016: 305; Ibanez *et al.* 2018: 153). Kuigi statiinravi ja varajase müokardiinfarkti järgse (30-päeva) suremuse vaheline seos oli statistiliselt mitteoluline, leidsid Stenestrand ja Wallentin (2001) juba kaks kümnendit tagasi, et ÄMI järgselt statiinravil olevate haigete 1-aasta suremus on madalam. Antud magistritöö raames hindab autor, millises ulatuses määrati uuritavates haiglates patsientidele statiine ÄMI järgselt. Joonisel 6 on kõrvatud uuritavate kardioloogiakeskuste keskmised juhtimisskoorid ning vastavate haiglate statiinide väljakirjutamise määr ÄMI järgselt (2018. aasta raportite seisuga).

Magistritöö autor rõhutab, et joonisel 6 kujutatud statiinravi kasutamise ulatus kirjeldab vastavaid haiglaid, mitte konkreetselt kardioloogiakeskuseid. Arvestades, et suurem hulk ÄMI diagnoosiga haigeid ravitakse kardioloogiakeskuses, võib eeldada, et antud haiglate numbrid kirjeldavad siiski üpris täpselt kardioloogiakeskuste vastavat praktikat. Uurimuse põhjal on statiinravi ordineeritud ÄMI järgselt ~95%-l haigetest NNUH-s, ~94%-l SUS-s, 64%-l TÜK-s ja 62%-l PERH-s. Ka statiinravi kontekstis on selge, et esineb oluline erinevus uuritavate Eesti ja välismaa keskuste vahel. PERH-i ja NNUH vaheline erinevus on 1,5-kordne, mis on kahtlemata suur. Nagu ka 30-päeva suremuse puhul, ei saa ka siinkohal

eeldada, et erinevused tulenevad ainuüksi juhtimispraktikate rakendamise ulatusest. Joonise põhjal võib järeldada, et haiglates, mille kardioloogiakeskuste keskmised juhtimisskoorid on kõrgemad, rakendatakse statiinravi ÄMI järgselt märkimisväärselt rohkem. Ka siin esineb ebakõla uuritavate keskuste juhtimispraktikate keskmiste skooride ja statiinravi ordineerimise ulatuse vahel (juhtimisskoorid erinevad oluliselt vähem võrreldes erinevustega statiinravi ordineerimise ulatuses).

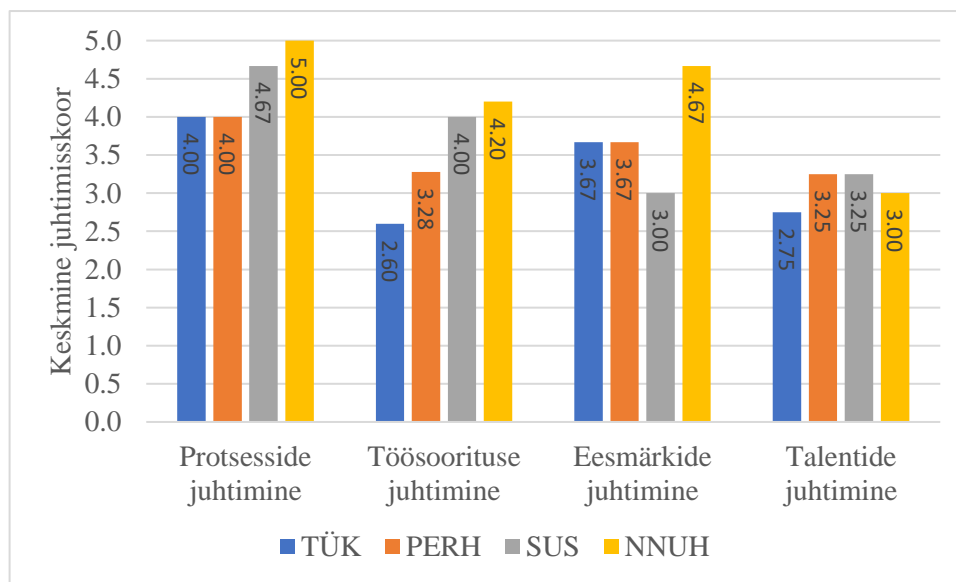


Joonis 6. Kardioloogiakeskuste keskmine juhtimisskoor ja statiinravi
Allikas: autori arvutused.

Statiinid on ravimitena reeglina hästi talutavad. Randomiseeritud uuringutele tuginedes on kõrvaltoimete sagedus võrreldav platseeboga, kuid patsiendiregistrite andmete põhjal kaebab 7-29% haigetest statiinraviga seotud lihasvalu, mis on sagedasemaks ravi katkestamise põhjuseks (Stroes *et al.* 2015: 1012). Sellest tulenevalt suhtutakse tihti statiinravi ordineerimisse liigse ettevaatlikkusega, eriti olukorras, kus haigel on varasemalt negatiivseid kogemusi. Samas võib eeldada, et selline probleem on universaalne, mistõttu ei ole põhjust arvata, et see oleks suure riikidevahelise erinevuse primaarseks põhjuseks. Bradley *et al.* (2005) on varasemalt uurinud seoseid haiglate raviteenuse kvaliteedi parandamise katsete ja beeta-blokaatorite kasutamise vahel ÄMI järgselt. Beeta-blokaatorid on rutiinselt kasutatavad südameravimid, mida väga sageli ordineeritakse ägeda müokardiinfarkti puhul. Autorid leidsid, et beeta-blokaatorite kasutamist soodustas toetav organisatsioonikultuur ja

professionaalne juhtkond, aga ka arstidest juhtide soov ja eeskuju teenuse kvaliteeti parandamiseks. Sellest johtuvalt usub magistritöö autor, et erinevate juhtimispraktikate rakendamise ulatusest organisatsioonisiselt võiks olulisel määral sõltuda ka statiinravi kasutamine ägeda müokardiinfarkti järgselt. 1,5-kordset statiinravi kasutamise erinevust Eesti ja välismaa haiglate vahel ei ole tõenäoliselt võimalik seletada ainuüksi erinevusega juhtimisskoorides, mis ei erine uurimistulemuste põhjal olulisel määral, vaid sõltub ka muudest faktoritest (nt arstide oskused patsiente veenda, nõustajate olemasolu keskustes jne). Arvestades, et Euroopas tervikuna on kasutusel ühtsed Euroopa Kardioloogide Seltsi ravijuhised ning selline informatsioon on kõikjal kättesaadav, väärriks nii märkimisväärse statiinravi rakendamise ulatuse erinevus magistritöö autori hinnangul sisukamat analüüsi.

Selleks, et täpsemini mõista, millest uuritavate kardioloogiakeskuste vahelised erinevused põhiliselt tulenevad, analüüsib magistritöö autor järgnevalt detailsemalt keskuste juhtimispraktikaid põhikategooriate kaupa. Joonisel 7 on esitatud tulemused (küsimustiku põhjal) juhtimispraktikate põhikategooriate (protsesside, töösoorituse, eesmärkide ja talentide juhtimine) kaupa uuritavate haiglate kardioloogiakeskuste lõikes.



Joonis 7. Kardioloogiakeskuste juhtimisskoorid põhikategooriate kaupa
Allikas: autori koostatud uurimistulemuste põhjal.

Joonise 7 põhjal eristub selgesti tõsiasi, et protsesside juhtimise kontekstis on Eesti keskuste juhtimisskoorid sarnased, kuid jäävad alla välismaa kardioloogiakeskuste keskmistele juhtimisskooridele. Töösoorituse juhtimise aspektist on välismaa keskused sarnasemad ja ületavad ka selle põhikategooria raames Eesti keskuste juhtimisskoore. Kahes kategoorias ei erine Eesti haiglad teineteisest, kuid töösoorituse ja talentide juhtimisel on TÜK-i kardioloogiakeskuse juhid hinnanud oma haiglat vastavalt 20 ja 15 protsendipunkti võrra madalamalt kui PERH-i vastav juht. Eesmärkide juhtimise kategooria puhul on SUS-i kardioloogiakeskuse keskmine juhtimisskoor selgelt madalaim ning NNUH juhtimisskoor tunduvalt kõrgem. Suhteliselt sarnased on uuritavate keskuste skoorid talentide juhtimise kategoorias, mis on vaadeldud neljast põhikategooriast kõige madalama keskmisega kõigi uuritavate keskuste lõikes. Joonis 7 annab ühtlasi ka esmase täpsema ülevaate, mille põhjal uuritavate keskuste terviklikud juhtimisskoorid on kujunenud. Kõikide hinnatavate juhtimispraktikate skoorid uuritavates keskustes on esitatud lisa 3.

Varasemalt on haiglate juhtimispraktikaid detailsemalt käsitletud Bloom *et al.* (2009), kes hindasid UK avalike haiglate juhtimispraktikaid ning võrdlesid neid riigi tootmisettevõtete vastavate kategooriate keskmiste juhtimisskooridega. Põhiline järeldus oli, et tootmisettevõtetes rakendatakse kõigis vaadeldud kategooriates juhtimispraktikaid rutiinselt ulatuslikumalt, kuid magistritöö raames väärrib tähelepanu pigem UK haiglate juhtimispraktikate põhikategooriate keskmised juhtimisskoorid. Magistritöö autor nendib, et tegemist on käesolevaks hetkeks küll mõnevõrra vananenud uurimusega ja uuritavaks objektiks oli haigla tervikuna. Bloom *et al.* (*Ibid.*: 38) leidsid, et UK avalike haiglate protsesside juhtimise põhikategooria keskmine juhtimisskoor oli 2,83, töösoorituse juhtimise keskmine juhtimisskoor 3,00, eesmärkide juhtimise keskmine juhtimisskoor 2,47 ja talentide juhtimise keskmine juhtimisskoor oli 2,35.

Kõrvutades UK avalikud haiglad ja magistritöö uuritavad kardioloogiakeskused, võib järeldada, et uuritavates keskustes on valdavalt kõikide põhikategooriate keskmised juhtimisskoorid kõrgemad võrreldes Bloom *et al.* 2009. aasta uurimistulemustega. Kui UK haiglate puhul oli kõrgeimad skoorid töösoorituse juhtimise põhikategoorial, siis uuritavate kardioloogiakeskuste tugevaks küljeks on uurimistulemuste põhjal protsesside juhtimine. Nii

UK avalike haiglate kui ka uuritavate kardioloogiakeskuste puhul oli kõige nõrgema keskmise juhtimisskooriga põhikategooriaks talentide juhtimine. Ainsana on UK avalike haiglate juhtimisskooridega võrreldes madalam TÜK-i töösoorituse juhtimise põhikategooria keskmine skoor (vastavalt 3,0 ja 2,6).

Järgnevalt analüüsib autor magistritöös kasutatud juhtimispraktikate küsimustiku abil valimi keskustest kogutud andmeid ja võrdleb kogutud andmetele tuginedes omavahel tervikuna välismaa ja Eesti keskuseid, kirjeldades mõnevõrra detailsemalt Eesti kardioloogiakeskustes rakendatavaid juhtimispraktikaid. Analüüsi põhjal nendib magistritöö autor, et vaatamata sellele, et keskuste juhtimisskoorid kattuvad mitmetes vaadeldavates dimensioonides, ilmnes, et tegelik juhtimispraktikate rakendamise ulatus uuritavate keskuste vahel on siiski märkimisväärselt erinev. Hinnangu selle põhjuste kohta annab autor järgmises alapeatükis, milles teeb järeldused ning pakub välja lahendused.

Põhiprotsesside juhtimise seisukohast on kõigile keskustele iseloomulik, et haigete hospitaliseerimisel kasutatakse varasemalt koostatud ning kõigile kättesaadavaid **protokolle** ja käsitluse **algoritme**. Kardioloogiakeskused on koostanud instruksioonid ÄMI diagnoosiga haige objektiivseks läbivaatuseks ja andnud korraldused haigete hospitaliseerimiseks. keskustele on iseloomulik hospitaliseerimisprotsessi regulaarne hindamine etteantud juhenditele vastavuse aspektist. Kõigis keskustes, v.a PERH-i kardioloogiakeskuses toimub hospitaliseerimise järgselt 24 tunni jooksul esmane haigete auditeerimine, eesmärgiga hinnata esmast ravikäsitlust.

Põhiprotsessid (protseduuride teostamine; personali koolitamine, hindamine ja juhendamine) on välismaa keskustes täpselt kirjeldatud ning koostatud standardsed **protokollid** kõikide patsiendirühmade ning läbiviidatavate protseduuride jaoks. Välismaa keskustes kasutatakse regulaarselt *checkliste* protseduuride läbiviimisel ja jälgitakse nende täitmist. Hinnatakse regulaarselt personali pädevust protseduuride läbiviimisel, töötajaid koolitatakse ja hinnatakse regulaarselt nende oskuseid. Eesti keskustes kasutatakse analoogseid protokolle, kuid need ei puuduta kõiki patsiendigruppe või protseduure. Eesti keskustes panustavad juhendajad pigem otsesele juhendamisele veendumaks, et protseduure viiakse läbi

korrektseks. Lisaks ei toimu Eesti keskustes regulaarset protseduuride läbiviimise treeningut ning oskuste hindamist. Töötajate üldine hindamine toimub pigem kord aastas.

Välismaa keskustes on personali ning üksuste vaheline **raportite edastamine** põhjalikum ja selleks on koostatud protokollid, mis on kõigile arusaadavad ning neid kasutatakse regulaarselt. Protokollid tuginevad SBAR (*situation, background, assessment, recommendation*) printsiibile. Raportite edastamise täpsust ja põhjalikkust monitooritakse regulaarselt, raportite vahetus on dokumenteeritud ja edastamise protsess interaktiivne. Eesti keskuste puhul eksisteerib analoogseid protokolle, kuid nende rakendamine ei ole nii järjepidev. Eestis hinnatakse protokollide täitmist pigem ebaregulaarselt ja juhuslikult, mille põhjal tehakse järeldusi ning antakse tagasisidet personalile.

Oluliseks erinevuseks Eesti ja välismaa keskuste vahel on arstide ja õdede omavaheline **kommunikatsioon**. Välismaa keskustes toimub interaktiivne suhtlus mõlema personalipoole vahel ning mõlemad osapooled panustavad raviprotsessi täiel määral. Probleemide klaarimiseks on mitmeid võimalusi (näiteks dokumenteeritakse kõik erimeelsused ning allüksuse juhid tegelevad sellega 24 tunni jooksul). Eesti keskuste puhul on õdede ja arstide vaheline suhtlus pigem ühepoolne, milles tugevam positsioon on arstidel ning erinevalt välismaa keskustest toimub Eesti keskustes arstide ja õdede visiidid teineteisest eraldi. Ühtlasi puuduvad konkreetsed meetmed omavaheliste erimeelsuste lahendamiseks, vaid kaebused esitatakse reeglina otsesele ülemusele, kes menetleb seda oma äranägemise põhjal.

Esineb sisulisi erinevusi Eesti ja välismaa keskuste vahel **patsiendifookuse** aspektist. Välismaa keskustes on välja töötatud vahendid hindamaks patsientide ja nende lähedaste rahulolu ning registreerimaks kaebuseid. Eksisteerivad süsteemid positiivse ja negatiivse tagasiside dokumenteerimiseks ja neile vastamiseks. Eesti keskustes mõõdetakse küll patsientide rahulolu (iga-aastased ambulatoorsete ja statsionaarsete patsientide rahuloluküsitlused), kuid puuduvad konkreetsed protokollid patsientide/omaste kaebustele või probleemidele reageerimiseks. Haiglatel on selleks olemas küll võimekus, kuid see toimub pigem juhupõhiselt. Eesti keskused toetavad haigete tagasiside andmist, kuid see on jäetud suuresti õdede õlule.

Analüüsil ilmnes mitmeid erinevusi patsientide **ambulatoorsele ravile suunamise** aspektist. Välismaa keskustes on välja töötatud detailsed protokollid, mille põhjal haigeid koju kirjutatakse. Protokollidest kinnipidamist monitooritakse pidevalt. Välismaa keskustes toimub alates ravi algusest võimalike väljakirjutamisel tekkivate probleemide kaardistamise ning ennetamine. Eestis on see tegevus pigem empiiriline – haigete väljakirjutamine on mõningal määral standardne, kuid varieerub sõltuvalt patsiendist. Eksisteerivad mõningad protokollid, kuid neid ei järgita alati või nendest kinnipidamist ei monitoorita.

Vaatamata keskuste sarnastele skooridele **töösoorituse juhtimise** põhikategooria juhtimispraktikate dimensioonide aspektist, esineb keskuste vahel mitmeid erinevusi. Välismaa kardioloogiakeskustes on **uue tehnoloogia (seadmed ja ravimid) kasutusele võtmine** oluliselt süsteemsem. Põhiliselt tuginevad otsused uute tehnoloogiate adopteerimiseks kulu-efektiivsusele ning uue tehnoloogia kiiremaks rakendamiseks toimub töötajate pidev treening ja koolitamine. Nii Eesti kui ka välismaa keskused tähtsustavad uue tehnoloogia vastavust tõenduspõhisusele ja ravijuhenditele. Erinevuseks välismaa keskustes on asjaolu, et igal töötajal on õigus teha haigla komiteele ettepanek uue tehnoloogia kasutusele võtmiseks. Eesti keskuste puhul on sageli määravaks pigem rahaline aspekt, mistõttu lükatakse kallid projektid tihti haigla poolt tagasi. Seda eriti olukorras, kus puudub täielik veendumus ja üksmeel uue potentsiaalse tehnoloogia kasulikkusest. Põhjuseks on sageli vastava tehnoloogia (nt ravimeetod) puudumine haigekassa teenuste hinnakirjast, mis tähendab, et haiglal tuleks katta kulutused oma vahenditest. Sarnaselt välismaa keskustele on TÜK-s õigus edastada haiglale taotlus uue tehnoloogia kasutuselevõtuks igal töötajal.

Ulatuslikumalt rakendatakse juhtimispraktikaid **turvalisuse ja ravivigade monitooringu** juhtimispraktika raames välismaa keskustes, kus on välja töötatud strateegiad ravivigade ennetamiseks ja vähendamiseks ning toimub nende strateegiate järgimise pidev monitooring. Välismaa keskustele on iseloomulik, et süsteeme parandatakse ennetamaks ravivigaid enne nende toimumist. Toimuvad regulaarsed arutelud ja soositakse ravivigadest teavitamist. Eesti keskustes on selline lähenemine tagasihoidlikum. Põhirõhk on üksikindiviidil, eesmärgiga vigu ennetada, selle asemel, et täiustada süsteeme tervikuna. Lisaks on puudulik ka ravivigade monitoorimine. Personal on Eestis keskustes teadlik ravivigade vältimise ja

vähendamise olulisusest, kuid puuduvad võimalused aruteluks või muudatuste läbiviimiseks. Eestis teostatakse pisteliselt auditeid ravivigade tuvastamiseks.

Käsitlus on sarnane kõigis uuritavates keskustes **põhiprotsesside analüüsimise ja parandamise** kontekstis. Uuritavatele keskustele on iseloomulik, et parandusi põhiprotsessides tehakse reeglina ebaregulaarselt, kuid hõlmatakse valdavalt kõiki personalirühmasid. Arutelud toimuvad reeglina koosolekute vormis. Juhtkond eeldab, et töötajad juhivad tähelepanu puudustele ja probleemidele, kuid sellele vaatamata jäävad sageli mainitud kitsaskohad suurema tähelepanuta. Juhtkond eeldab ühtlasi, et probleemidele tähelepanu juhtivad töötajad on valmis välja pakkuma ka lahendused neile. See ei taga siiski ilmtingimata muutust protsessis.

Sarnane on käsitlus uuritavate keskuste vahel ka (**töö**)**soorituse hindamise** raames. Töötaja sooritust (s.h allüksuste sooritust tervikuna) hinnatakse perioodiliselt ning tulemused tehakse avalikult teatavaks. Eesti keskustes ei jõua selline tagasiside siiski kõikide töötajateni, mis on erinevuseks välismaa keskustega, kus allüksuste hindamistulemused edastatakse näiteks ka haigla veebilehel. Lisaks kasutatakse välismaa keskustes rohkem graafilist tulemuste edastamist. Üldiselt ollakse igas keskusel seisukohal, et just allüksuste ja keskuste juhtide ülesandeks on viia läbi vajalikud muudatused parandamaks töösooritust. Oluliseks puuduseks uuritavates keskustes on selge visiooni ja edasise plaani puudumine vaatamata hindamistulemustele, seda rohkem Eesti keskuste puhul.

Soorituse arutelu kontekstis erinevad välismaa ja Eesti keskused oluliselt. Välismaa keskustele on iseloomulik regulaarne arutelu tulemuslikkuse hindamise seisukohast, mille fookus on seatud probleemide lahendamisele ja proovitakse kokku leppida edasises tegevuskavas puuduste likvideerimiseks. Selleks kasutatakse erinevaid probleemilahendamise meetodeid ning tulemuslikkuse võtmenäitajaid (KPI-d). Sellised arutelud on sageli ka kohaks, kus personal saab anda asjakohast tagasisidet. Eesti keskustes on puuduseks pigem piisava informatsiooni olemasolu asjakohase arutelu läbiviimiseks. PERH-s toimuvad sellised arutelud tihti e-mailide teel ning sageli ei suudeta näha probleemide tõelisi põhjuseid. TÜK-s puuduvad üleüldse regulaarsed kokkusaamised tulemuslikkuse aruteludeks.

Mõnevõrra varieeruv on uuritavate keskuste lähenemine **eesmärkide juhtimise põhikategooria** raames. Keskustest enim on **eesmärgid tasakaalus** NNUH kardioloogiakeskuses, kus on hõlmatud mitmed dimensioonid (finantsilised, kvaliteedinäitajad, töötaja- ja patsiendirahulolu). Valitseb arusaam, et nende dimensioonide eesmärgid mõjutavad soodsalt üksteist. Järgitakse tasakaalus tulemuskaardi printsiipe. Töösoorituse juhtimise süsteem on kõikidele töötajatele arusaadav ning eesmärgid on kooskõlas haigla põhiväärtustega. Eesti keskuste puhul on iseloomulik, et allüksuste eesmärgid on seotud nii kliinilise töö kui ka finantsiliste tulemustega. Üldiselt järgitakse Eesti keskustes haigla juhtkonnalt tulenevaid eesmärke, mis on küll hästi kooskõlas haigla kõrgemate eesmärkidega, kuid on tihti seotud liigselt haigla eelarvega. Siiski on mõlemas Eesti keskuses primaarseks patsiendirahulolu, mida proovitakse tagada kõigi olemasolevate ressurssidega.

Keskuste ja haiglate **eesmärkide omavaheline sõltuvus** ja seotus on jälgitav mitmel tasandil nii välismaa kui ka Eesti keskustes. Üldiselt on määratud keskuse eesmärgid lähtuvalt haigla kui terviku eesmärkidest. Eesti ja välismaa keskused on antud juhtimispraktika raames suhteliselt sarnased. Kõikide keskuste eesmärgid on seotud nii, et need toetaksid haigla üldisemaid eesmärke. Välismaa keskustes ja Eestist ka TÜK-i kardioloogiakeskuses jagunevad eesmärgid põhikategooriatesse, mis omakorda jagunevad veelgi väiksemateks alaeesmärkideks. Sellisel moel ei ole eesmärgid defineeritud PERH-i kardioloogiakeskuses.

Välismaa keskuseid eristab Eesti omadest **eesmärkide ulatus**. Eesmärgid on seotud reeglina nii, et need on raskesti saavutatavad ja nende seadmisel on olnud panus multidistsiplinaarsel meeskonnal, milles sõnaõigus on nii meedikutel kui ka mittemedikutel. Kõiki haigla allüksuseid hinnatakse analoogselt samade rangete standardite alusel, kõrvutades need rahvuslike standarditega. Rahvuslike standarditega võrdlust rakendatakse aktiivselt ka mõlemas Eesti keskuses. Eesti keskustes panustatakse kõvasti, et säilitada varasemat taset ja saavutada eesmärgid, kuid keskuste juhtidel ei ole sageli sõnaõigust eesmärkide seadmisel või ülevaatamisel. Sellest lähtuvalt esineb Eesti ka mõnevõrra enam varieeruvust – mõned eesmärgid saavutatakse alati 100%, samal ajal kui mõni jääb praktiliselt alati saavutamata.

Viimase põhikategooriana analüüsib autor **talentide juhtimist**. Tegemist on kategooriaga, milles keskmine juhtimisskoor kõikide kardioloogiakeskuste põhjal oli neljast põhikategooriast madalaim. **Tulemustasustamise** raames on uuritavad keskused sarnased. Tüüpiline on kõikide töötajate võrdne premeerimine, sõltumata nende tegelikust panusest. Preemiad ei ole reeglina suured. Eesti keskustele on iseloomulik ka mõningane töötajate individuaalse tulemuslikkuse hindamine ning premeerimine sellest lähtuvalt. Välismaa keskustes tasustatakse tublisid töötajaid lisaks ka mitterahaliste vahenditega – avalik tunnustus ning tänukirjad juhtkonna poolt. Meeskonnatöö on kõigis vaadeldud keskustes fookusest väljaspool.

Üldiselt on meetmed **vähem edukate töötajatega** toimetulekuks vaadeldud keskustes sarnased. Kehvad töötulemused on taunimisväärsed kõigis uuritavates organisatsioonides, kuid inimressursi puudusest tulenevalt on reeglina pikema aja jooksul halbade töötulemustega töötajate vallandamine keeruline kõikides keskustes. Kõige resoluutsem ning ülejäänud keskustest eristuv on selle juhtimispraktika kontekstis PERH-i kardioloogiakeskus, kus ebapiisava tulemuslikkusega töötajate lepingud lõpuks lõpetatakse. Vastandiks välismaa keskused, kus mitterahuldavate töötajate töölepingute lõpetamine on ülimalt keeruline ja sisuliselt võimatu. Üldiselt keskenduvad kõik haiglad tagasihoidlikema töötulemustega töötajate toetamisele, abistades neid vajalike muutuste elluviimisel, eesmärgiga paranda töötulemusi ning säilitada töökoht.

Talendikate töötajate toetamine on sarnane Eesti kardioloogiakeskustes. Keskuse ja selle allüksuste juhid teadvustavad, et talentide olemasolu nende keskustes on oluline heade ravitulemuste seisukohast. Eesmärgiks on tuvastada perspektiivikad töötajad ning selles on oluline osa ka personaliosakondadel, mis teostavad esialgse skriiningu ning valivad välja sobivad kandidaadid. Talentide toetamise seisukohast võimaldatakse regulaarset treeningut ning enesearendamist, kuid see on reeglina jäetud töötajate endi initsiatiiviks. Välismaa keskustes peetakse juhtivaid arste otseselt vastutavaks talentide koolitamise ja arendamise eest ning juhte hinnatakse vastavalt sellele võimekusele. Tüüpilised on karjäärinõustamise meeskonnad, mis hindavad talentide karjäärieesmärke ning toetavad ja nõustavad neid selles. Ühtlasi toetatakse talendikate töötajate täiendkoolitusi ja õpinguid rahaliselt, võimaldades

neil soovi korral osa saada ka otseselt haigla juhtimisest. Keskuste juhte väärtustatakse vastavalt nende allüksuste töötajate poolt omandatud kraadidele ning sertifikaatidele.

Mõnevõrra enam proaktiivselt tegutsevad **talentide hoidmise** nimel välismaa keskused, kus juhtivatel positsioonidel olevad arstid üritavad erinevaid meetmeid rakendades tublisid töötajaid organisatsioonis hoida. Selleks on välja töötatud võimalused talendikate töötajate ning juhtkonna regulaarseteks kokkusaamisteks, mille raames arutatakse töötajate pretensioone ning muresid ja proovitakse leida sobivaid lahendusi. Ühtlasi on jäetud juhtidele võimalus toetada tublimaid töötajaid, pakkudes neile võimalusel paindlikumat tööaega, tehes motiveerivamaid palgapakkumisi ning toetades töötajaid enesearendamisel. Lähenedes Eesti kardioloogiakeskustes on pigem empiiriline. Puuduvad selged ja standardsed meetmed talendikate töötajate hoidmiseks ning otsesed ülemused panustavad talentide hoidmisse juhupõhiselt, kasutades selleks olemasolevaid või juhuslikke võimalusi.

Lõpetuseks, hindamaks uurimistulemuste usaldusväärsust olukorras, kus töö autoril puudus sisuliselt võimalus kontrollida konteksti, milles küsimustike vastajad oma ülesannet täidavad ja arvestades asjaolu, et hindajad peavad andma hinnangu enese organisatsioonis juurutatud/mittejuurutatud juhtimispraktikatele, viis autor läbi **valideerimise** ühe uuritava keskuse piires. Selleks kogus autor, sama küsimustikku kasutades, kuuelt Regionaalhaigla kardioloogiakeskuse erinevas osakonnas töötavalt arstilt nende hinnanguid keskuses juurutatud juhtimispraktikate kohta ning võrdles saadud tulemusi keskuse juhi poolt antud juhtimisskooridega. Valideerijate valikul lähtus autor ennekõike eeldatavast vastajate sõltumatuses, tagades seejuures nende anonüümsuse. Vastajate karakteristikud on esitatud tabelis 15.

Valideerimise eesmärgiks ei olnud seada kahtluse alla juhi hinnangut enda organisatsioonis juurutatud juhtimispraktikate ulatusele, vaid pigem hinnata juhi enesekohase hinnangu adekvaatsust. See, et juhid peavad hindama enda loodud/rakendatud süsteeme ja isiklikku tulemuslikkust, säilitades seejuures objektiivsuse, ei ole juhtimisalastes uurimustes harv (Kim *et al.* 2012: 306). Juhtide liigsest enesekindlusest (s.h liigsest optimismist) tulenev harjumus enda organisatsioon paremas valguses näha ning tulemuslikkust üle hinnata võib

viia olukorrani, kus organisatsioonile kasulike ja vajalike muudatuste tegemine hilineb (Ahmed ja Duellman 2012: 2; Rong ja Wilkinson 2011: 145). Juhtide liigne enesekindlus ei pruugi olla seejuures üldse tahtlik ega teadlik. Arvestades ka arstide tendentsi hinnata üle nii enda võimeid kui ka tulemuslikkust, võimaldab teiste asjaosaliste (nt kolleegide, alluvate, ülemuste jne) hinnangute teadvustamine tegelikku olukorda objektiivsemalt määratleda (Gude *et al.* 2018: 1; Saturno *et al.* 1999: 487).

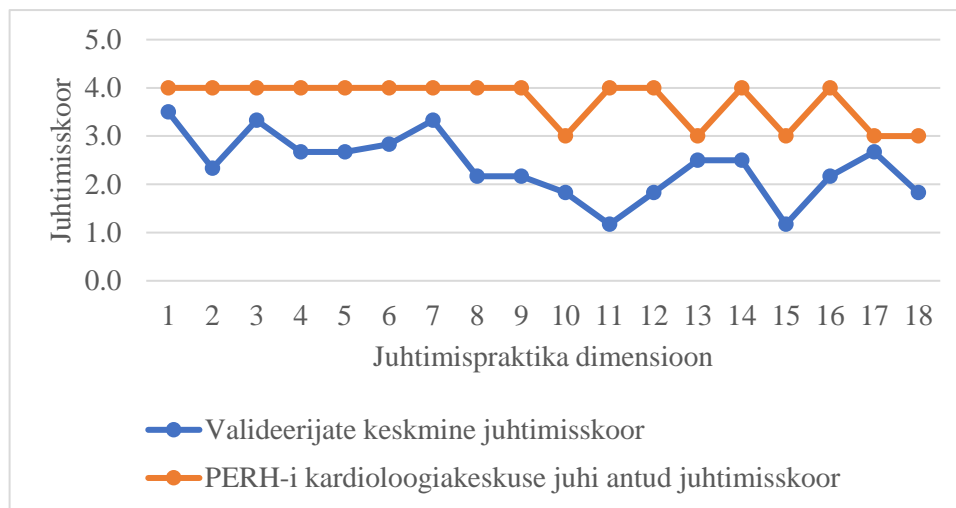
Tabel 15. Valideerimisel osalenud arstide karakteristikud

Vastaja	A	B	C	D	E	F
Sugu	Mees	Naine	Naine	Mees	Naine	Naine
Vanuserühm	41-50	41-50	41-50	41-50	41-50	31-40
Osakond	I kardio- loogia	II kardio- loogia	II kardio- loogia	Invasiiv- kardio- loogia	I kardio- loogia	Kardio- intensiiv- ravi
Vastamise aeg	04/2020	05/2020	05/2020	05/2020	05/2020	05/2020

Allikas: autori koostatud.

Valideerimisel kasutas magistritöö autor sama 18-dimensioonilist juhtimispraktikate küsimustikku ning võttis võrdluseks aluseks valideerimisprotsessis osalevate arstide antud juhtimisskooride keskmise iga juhtimispraktika dimensiooni kohta. Vastajate individuaalsed hinnangud igale juhtimispraktikale on esitatud lisas 5. Joonisel 8 on kõrvutatud valideerijate keskmised juhtimisskoorid Regionaalhaigla kardioloogiakeskuse juhi antud juhtimisskooridega.

Valideerimisprotsessi käigus ilmnas, et valideerijate juhtimisskooride keskmine väärtus on kõrgem hinnatud juhtimispraktika dimensioonides madalam võrreldes PERH-i kardioloogiakeskuse juhi antud juhtimisskooridega. Kui PERH-i kardioloogiakeskuse juhi summaarne juhtimisskoor küsimustiku põhjal oli 3,72, siis valideerimisel kogutud kuue vastaja summaarsed juhtimisskoorid varieerusid vahemikus 1,89-2,70 ning keskmiseks juhtimisskooriks kujunes 2,37 (36,3% madalam võrreldes PERH-i kardioloogiakeskuse juhiga). Analoogse tulemuseni jõudis autor võrreldes kardioloogiakeskuse juhi ning valideerijate juhtimisskoore eraldi vaadeldud nelja põhikategooria kaupa.



Joonis 8. Uurimistulemuste valideerimine Põhja-Eesti Regionaalhaiglas

Allikas: autori koostatud uurimistulemuste põhjal.

Kõige sarnasemalt tajuvad kardioloogiakeskuse juht ning valideerimisel osalenud arstid talentide toetamise, organisatsioonisiseste eesmärkide omavahelise seotuse ja patsientide hospitaliseerimisega seotud juhtimispraktikaid Regionaalhaigla kardioloogiakeskuses. Suurem lahknevus juhi ja töötajate hinnangutes ilmses töösoorituse arutelu ja eesmärkide tasakaalu dimensioonides. Tabelis 16 on esitatud valideerimisprotsessi tulemused.

Tabel 16. Valideerimistulemused

Vastaja	Regionaalhaigla kardioloogiakeskuse juht	Valideerimisel osalenud vastajad
Summaarne juhtimisskoor	3,72	2,37*
Põhikategoriate (protsesside, töösoorituse, eesmärkide ja talentide juhtimine) juhtimisskoorid	<ul style="list-style-type: none"> • 4,00 • 3,28 • 3,67 • 3,25 	<ul style="list-style-type: none"> • 2,89* • 2,13* • 2,28* • 1,96*

*- kuue vastaja keskmine juhtimisskoor.

Allikas: autori koostatud uurimistulemuste põhjal.

Valideerimise tulemused toetavad juhtimispraktikate küsimustike analüüsi käigus ilmnenuid tõsiasja, et vaatamata uuritavate keskuste suhteliselt sarnastele juhtimisskooridele, erines tegelik juhtimispraktikate rakendamise ulatus keskustes siiski märkimisväärselt. Valideerimistulemustele ja küsimustike analüüsile tuginedes väidab autor, et Põhja-Eesti

Regionaalhaigla kardioloogiakeskuses rakendatud juhtimispraktikate tegeliku ulatuse ja keskuse juhi hinnangu vahel esineb ebakõla. Selline juhi poolne enese organisatsiooni ülehindamine on kooskõlas ka varasemate uurimistulemustega. Magistritöö autori seisukohast ei mõjuta see aga käesoleva magistritöö sisulisi järeldusi, kuna PERH-i kardioloogiakeskuse juhi antud tagasiside juhtimispraktikate ja nende erinevate elementide kohta on kvalitatiivseks analüüsiks piisav ning ühtib ka valideerijate tagasisidega. Kriitiliselt tuleb aga suhtuda käesoleva empiirilise töö sellesse osasse, milles autor analüüsis keskuse juhtide antud juhtimisskooride ja vastavate keskuste kliinilise tulemuslikkuse vahelisi seoseid.

Magistritöö autor soovib lõpetuseks rõhutada, et kuigi valideerimistulemused kirjeldavad Põhja-Eesti regionaalhaigla kardioloogiakeskust, on need tõenäoliselt rohkem või vähem üle kantavad ka teistele töös uuritud keskustele. Juhtimisskooride mõõtmise nihet teistes keskustes ei ole käesolevas töös võimalik täpsemini hinnata, mistõttu hoidub töö autor edasisest spekulatsioonist.

Magistritöö autor vaatles viimases alapeatükis detailsemalt uuritavate kardioloogiakeskuste juhtimispraktikaid. Esmalt, kõrvutades uuritavate kardioloogiakeskuste juhtimisskoorid ning vastavate keskuste 30-päeva ägeda müokardiinfarkti järgse suremuse ning statiinravi rakendamise ulatuse infarkti järgselt. Autor leidis, et kuigi kõrgemate juhtimisskooridega keskustes oli vastavate haiglate 30-päeva suremus ÄMI järgselt tunduvalt madalam ning neis haiglates kasutati oluliselt enam statiinravi ÄMI järgselt, ei olnud selline seos veenev Eesti keskuste puhul, mille juhtimisskoorid ei olnud oluliselt madalamad võrreldes välismaa keskustega, kuid vastavad tulemusnäitajad erinesid märkimisväärselt. Põhjused selleks ilmsid täpsemas juhtimispraktikate dimensioonide analüüsis, kus selgus, et vaatamata sarnastele juhtimisskooridele, esineb tegelikult siiski oluline erinevus välismaa ja Eesti keskuste vahel. Ühtlasi viis autor läbi valideerimise Regionaalhaigla kardioloogiakeskuses, milles hindas keskuse juhi antud juhtimisskoore kuue kardioloogiakeskuse erinevas osakonnas töötava arsti antud juhtimisskooridega. Ilmnes, et keskuse juhi hinnangu ja juhtimispraktikate rakendamise ulatuse vahel esines veenev ebakõla.

2.3. Järeldused ja ettepanekud Eesti kõrgeima etapi kardioloogiakeskustele juhtimispraktikate täiustamiseks

Magistritöö autor usub, et sellisel kujul läbi viidud uurimus andis piisava sisendi sisukaks juhtimispraktikate analüüsiks ning võrdluseks. Kuigi antud töö raames ei olnud uuritavates keskustes võimalik hinnata põhjuslikku seost juhtimispraktikate rakendamise ulatuse ja valitud kliiniliste tulemusnäitajate vahel, võib siiski uurimistulemustele ja kirjandusele tuginedes väita, et kõrgema juhtimiskooriga kardioloogiakeskustega riikides (Rootsi ja UK) on 30-päeva suremus ÄMI järgselt madalam ning statiinravi rakendamise ulatus kõrgem. Autor leiab, et kõrvutades uuritavate keskuste pigem vähe varieeruvad keskmised juhtimiskoorid vaadeldavate tulemusnäitajatega, mis erinevad oluliselt Eesti ja välismaa keskuste võrdluses, võib väita, et riikidevaheline erinevus tulemuslikkuse osas sõltub erinevatest põhjustest, millest juhtimispraktikate kasutamise ulatus on vaid üks mitmete hulgas.

Olulise järelduseni jõudis autor seoses uuritavate keskuste juhtimiskooride numbrilise analüüsi ja kvalitatiivse juhtimispraktikate analüüsiga. Vaatamata sellele, et keskuste juhtimiskoorid olid mitmetes vaadeldavates juhtimispraktikate dimensioonides sarnased või kattusid täielikult, ilmnis, et tegelik juhtimispraktikate rakendamise ulatus võrreldavates keskustes oli siiski märkimisväärselt erinev. Autoril puudus võimalus kontrollida konteksti, et tagada vastajate ühesugune tõlgendus ja objektiivsus. Autor käsitleb seda metodoloogilise piiranguna, mis on tingitud asjaolust, et juhtimispraktikate hindamine ja skooride määramine jäeti keskuste juhtidele ning küsimustiku näol olid vastajad surutud liigselt raamidesse. Skooride ja tegelike praktikate rakendamise vahelise ebakõla põhjusena ei tasu alahinnata TÕK-i juhtimiskriisist ja juhatuse esimehe vastu suunatud umbusaldusest tingitud mõjusid ega ka markantseteid muutuseid konventsionaalses tervishoiukorralduses ja juhtimises viiruspandeemia ajal. Täielikult ei saa välistada ka juhtide soovi näidata enda juhitud organisatsiooni paremana, kui see tegelikult on, millele viitasid ka valideerimise tulemused.

Autor järeldas teoreetilises osas, et haiglate juhtimispraktikate kasutamise ulatust mõjutab enim konkurents, haigla suurus, omandivorm ning juhtide oskused ja autonoomia (Bloom et al. 2009: 16; 2012: 23; 2013: 10; 2015: 487; Layton et al. 2010: 3, 13, 16, 19; Lemos ja Scur

2012: 16, 17). Lähtudes eeldusest, et haiglad on sarnased nii suuruse kui ka omandivormi poolest, võib spekuloida, et juhtimispraktikate erinev kasutamise ulatus võrreldes Eesti ja välismaa keskustega on seotud vähese konkurentsi ning juhtide oskuste ning autonoomiaga. Konkurentsitihe keskkond stimuleerib juhtimispraktikaid rakendama, kuna selles nähakse võimalust konkurentsieelise saavutamises. Samasse piirkonda täiendavate haiglate ehitamine võib aga mõjuda ebasoodsalt tervishoiuteenuse kvaliteedile. Võimalik, et kavandatav Tallinna Haigla, millest eelduste kohaselt saab turuliider eriarstiabis, mõjub soodsalt konkurentsi võtmes nii sama piirkonda teenindavale PERH-le, aga ka TÜK-le.

Haiglates, mille juhtidel on kliinilisele haridusele lisaks ka juhtimisalane väljaõpe, rakendatakse juhtimispraktikaid ulatuslikumalt. Põhjuseks autori hinnangul on asjaolu, et juhtimisalane väljaõpe annab vajalikud oskused ja tööriistad. Kõigis magistritöö raames uuritud keskustes oli küsimustikule vastajaks arst. Magistritöö autorile teadaolevalt keskendub ainsana aktiivselt juhtimisele kui õpetusele ning enda pidevale täiendamisele juhina NNUH kardioloogiakeskuse juht, mille juhtimisskoor oli ka valimi keskustest suurim (keskmised juhtimisskoorid olid NNUH-s kõrgeimad kolmes põhikategoorias neljast). Oluline on ka juhtide autonoomia, mis soodustab juhtimispraktikate aktiivset kasutamist. Autori hinnangul toimub Eesti haiglate juhtimine pigem tsentraalselt, jättes allüksuste juhtidele vähem paindlikkust ja ruumi personaalseteks initsiatiivideks, mis omakorda mõjub suure tõenäosusega ebasoodsalt ka uute juhtimispraktikate juurutamisele.

Ühtlasi põhjustavad erisusi juhtimispraktikate rakendamise ulatuse vahel teoreetilises osas kirjeldatud isiklikud ja organisatsioonilised faktorid. Lisaks mainitud tsentraalsele juhtimisstiilile Eesti haiglates on kahtlemata üheks oluliseks organisatsiooniliseks faktoriks, mis juhtimispraktikate rakendamist pärsib, ressursipuudus (personali-, raha- kui ka ajaressurss), aga sageli ka vähene koostöö allüksuste ja sama haigla erinevate keskuste vahel. Autori hinnangul on isiklikest faktoritest kindlasti üheks olulisemaks juhtimispraktikate rakendamist piiravaks teguriks Eestis arstidest juhtide tagasihoidlik juhtimisalane väljaõpe ning piiratud huvi juhtimise kui eraldiseisva eriala vastu. Samas leiab autor, et arstidest juhtidel on olemas head eeldused (kriitiline mõtlemisvõime ja oskus analüüsida tõenduspõhist kirjandust) aktiivseks juhtimispraktikate rakendamiseks rutiinses praktikas.

Lähtuvalt empiirilises osas läbiviidud juhtimispraktikate sisulisest analüüsist, annab magistritöö autor Eesti kõrgeima etapi kardioloogiakeskustele järgmised soovitud juhtimispraktikate täiustamiseks:

Protsesside juhtimine

- Väljatöötatud protokollide ning algoritmide järgimine peaks olema regulaarselt monitooritud ning auditeeritud, tulemustest tuleb teha järeldused ning asjaosalisi teavitada.
- Oluline on personali vaheline kommunikatsioon ja ravidokumentatsiooni liikumine, milleks oleks mõistlik leppida kokku ühtsed reeglid ning järgida reeglite täitmist.
- Panustada rohkem arstide-õdede omavahelisse koostöösse, soosides asjakohast arutelu, ettepanekuid ravi osas ning püüdes lahendada erimeelsused varakult nende tekkimise järgselt.
- Luua võimalus patsientide ja lähedaste ettepanekute ja kaebuste koheseks meneluseks ning soosides tagasiside andmist raviteenusele. Tagasiside peaks olema aluseks muudatustele protsessides.
- Keskenduda standardsemalt ja protokollipõhisemalt haigete väljakirjutamisele, kaardistades võimalikke probleeme varakult ja reageerides neile õigeaegselt.

Töösoorituse juhtimine

- Keskuse siseselt tuleks panustada süsteemselt ravivigade ennetamise alasesse tegevusse (nt töötajate väsimuse vähendamine, tegevuste automatiseerimine jne). Seejuures oleks oluline riskide kaardistamine ja nende maandamine.
- Toetada tuleks ravivigadest teavitamist ning ravivigadest informeerimise korral tuleks neile reageerida kiirelt ja piisavate meetmetega.
- Panustada töötajate probleemianalüüsi oskustesse ja soosida regulaarseid meeskondlikke arutelusid jooksvate probleemide lahendamiseks, luues seeläbi aluse pidevale süsteemi täiustumisele.

- Tähtsustada tulemuslikkuse võtmenäitajate kasutamist tulemuslikkuse hindamisel, kasutades nii lühi- kui pikaajalisi indikaatoreid. Regulaarsed kokkusaamised ja tulemuste arutelu võiks olla eelduseks tulemuslikkuse paranemisele.

Eesmärkide juhtimine

- Keskuse eesmärgid (nii kliinilised kui ka mittekliinilised) peaksid olema selged ja arusaadavad kõigile töötajatele.
- Keskuse eesmärgid tuleks seada viisil, et need hõlmaksid kõiki olulisi protsesse ning oleksid seotud nii haigla põhiväärtuste kui ka üksteisega.
- Kaaluda võiks töötajate individuaalsete eesmärkide sõnastamist ja selle täitmise jälgimist.

Talentide juhtimine

- Tulemustasustamise aluseks peaks olema iga töötaja individuaalne panus, mida on võimalik arusaadavate reeglite alusel mõõta.
- Eesmärgid ja kriteeriumid preemiate saamiseks peavad olema varasemalt kokku lepitud ja kõigile kättesaadavad.
- Töötajate tööpanusega seotud probleemid peavad leidma kiire lahenduse.
- Kolleegidele suunatud kaebuste edastamiseks võiks kaaluda anonüümse süsteemi loomise võimalust. Kaebustega tuleks tegeleda esimesel võimalusel.
- Talendikate töötajate arendamine peaks olema sihipärane tegevus. Selleks võiks kaaluda nii õpingute rahalist toetamist, aga ka võimalust kaasata tublisid töötajaid keskuse ja haigla juhtimisse.
- Tublidele töötajatele tuleks pakkuda karjäärinõustamist, mentorlust ja tuge.
- Otsesed juhid peaksid läbi viima alluvatega (s.h talendikate töötajatega) regulaarseid arenguveestluseid, hindama nende rahulolu tööga ja tingimustega, pakkudes tublidele töötajatele paindlikumat tööaega või -koormust, arenguvõimalusi ja koolitusi.
- Palgatõusu pakkumine võimalusel ning karjääriredelil positsiooni vahetamisele kaasa aitamine on aktsepteeritud viis talentide hoidmiseks.

KOKKUVÕTE

Järgnevate kümnendite jooksul toimub inimpopulatsiooni märkimisväärne demograafilise struktuuri muutus. Hinnanguliselt kahekordistub üle 65-aastaste elanike arv maailmas aastaks 2050. Rahvastiku vananemist mõjutab vähenenud sündimus, madal suremus ja oodatava eluea pikenemine sünnimomendil. Demograafilistest muutustest johtuvalt on oodata järjepidevat koormuse kasvu tervishoiuteenuste osutajatele ning riiklike kulutuste suurenemist tervishoiusektori rahastamiseks. Probleemiks Eestis kehtiva solidaarse ravikindlustuse printsiibist lähtuvalt saab olema märkimisväärne proportsiooni muutus ja süvenev düsbalans meditsiiniteenuse tarbijate ja sellesse panustajate vahel.

Kuigi riikliku tervishoiusüsteemi fookuses on rahastamise jätkusuutlikkus ning süsteemi toimivuse parandamine, pööratakse magistritöö autori hinnangul vähe tähelepanu sisulisteks muudatusteks haiglate tasandil. Reaalseks probleemiks kujuneb tulevikus ka inimressursi puudus. Haiglate ja nende allüksuste olemasoleva võimekuse efektiivne kasutamine eeldab autori hinnangul eesmärgipärast ja tõenduspõhist juhtimispraktikat. Juhtimise kvaliteedi aktuaalsus on hetkel ilmekalt näha Tartu-Ülikooli Kliinikumis, mille eskaleerivas juhtimiskriisis on tõenäoliselt suurimaks kaotajaks patsiendid. Sajandi seni suurima väljakutse haiglate juhtimisvõimekusele on esitanud ülemaailmse pandeemiana leviv koroonaviiruse haigus Covid-19. Eelnevast lähtuvalt seadis autor magistritöö eesmärgiks läbi kardioloogiakeskuste juhtimispraktikate ja kliiniliste tulemusnäitajate seoste analüüsi teha ettepanekuid kahe Eesti suurima haigla kardioloogiakeskuse juhtimispraktikate täiustamiseks. Eesmärgini jõudmiseks püstitas autor viis uurimisülesannet.

Magistritöö teoreetilises osas vaatles autor tõenduspõhise juhtimise kontseptsiooni, mis seisneb parima olemasoleva informatsiooni kriitilises hindamises ja oskuslikus kasutamises juhtimisotsuste vastuvõtmisel. Tõenduspõhise juhtimise kontseptsioon väärtustab

teaduslikku informatsiooni, võimaldades seeläbi vähendada kallutatud ning eelarvamustel põhinevaid juhtimisotsuseid, maksimeerides seega otsustest tulenevat kasu. Kontseptsiooni juurutamist mõjutavad mitmed inimlikud ja organisatsioonilised tegurid. Arstide juhtimis-pädevust piirab sageli puudulik juhtimisalane väljaõpe, kuid komplementaarsed meditsiini-alased oskused ning mõju ja usaldusväärsus kolleegide ja üldsuse silmis muudab nende potentsiaalse panuse juhtimisalasesse tegevusse väärtuslikuks. Tõenduspõhist juhtimist saab käsitleda tööriistana, mis võimaldavad tuvastada need juhtimispraktikad, mille abil saab haigla pakkuda kõige kvaliteetsemat tervishoiuteenust.

Magistritöö autor käsitles juhtimispraktikaid kui juhtimiskapitali, mille eesmärgiks on organisatsiooni tulemuslikkuse maksimeerimine. Autor leidis, et juhtimispraktikaid aktiivselt kasutavad organisatsioonid on konkurentsivõimelisemad ja jätkusuutlikumad, kuid haiglate vahel esineb oluline varieeruvus juhtimispraktikate kasutamise ulatuse osas. Autor rõhutab, et juhtimispraktikate rakendamine võimaldab parandada tervishoiuteenuste kvaliteeti, ilma tervishoiukulutusi suurendamata. Autor on veendunud, et juhtimispraktikate kasutamine haiglates võimaldab toime tulla pideva koormuse kasvuga.

Autor kirjeldas detailsemalt WMS juhtimispraktikate mudelit, mis oli aluseks ka magistritöö empiirilisele osale. Mudeli raames vaatles autor põhjalikumalt tulemuslikkuse hindamist ja juhtimist, mis on juhtimispraktikate tasandil seotud protsesside monitoorimise ja eesmärkide seadmisega. Tulemuslikkuse hindamine ja tulemuslikkuse juhtimine moodustavad ühtse süsteemi, mille aktiivne rakendamine võimaldab haiglatel pakkuda kvaliteetsemat tervishoiuteenust, tehes seda tõhusamalt ja mõjusamalt. Tulemuslikkuse hindamisel on keskseks õigesti valitud tulemuslikkuse võtmenäitajad.

Teise olulise komponendina WMS mudeli kontekstis vaatles autor talentide juhtimist, mis seisneb sihipärasel tegevuses eesmärgiga luua organisatsioonile väärtusliku inimressursi. Aktiivne talentide juhtimine võimaldab parandada haiglate tulemuslikust, jätkusuutlikkust ning tervishoiuteenuste kvaliteeti. Talentide juhtimine organisatsioonis algab talendi olemuse määratlemisega ning keskendub edasi talentide värbamisele, arendamisele ja hoidmisele. Mainitud tegevused pigem täiendavad üksteist, olles mitte niivõrd eraldiseisvad

komponendid ning aktiivne tegevus ühes või teises tegevuse kategoorias mõjutab otseselt teisi komponente. Autor leidis, et eesmärgipärane talentide juhtimine ei ole mitte organisatsiooni võimalus, vaid kohustus.

Magistritöö empiirilises osas analüüsis autor juhtimispraktikate rakendamise ulatust ning seost kliinilise tulemuslikkusega kahes Eesti ning kahes välismaa kõrgeima etapi kardioloogiakeskuses. Juhtimispraktikate hindamiseks kasutas autor Bloomi ja Van Reeneni (2007) loodud WMS juhtimispraktikate mudelit, mis hindas järgmisi põhikategooriaid:

- protsesside juhtimine,
- töösoorituse juhtimine,
- eesmärkide juhtimine,
- talentide juhtimine.

Uurimisobjektideks olid Tartu Ülikooli Kliinikumi, Põhja-Eesti Regionaalhaigla, Skåne Ülikoolihaigla ning Norfolki ja Norwichi Ülikooli Haigla kardioloogiakeskused. Analüüsi aluseks olevad andmed pärinesid vastavate haiglate aastaaruannetest, juhtimispraktikate küsimustikust, rahvuslikest registritest, aga ka haiglate kodulehtedelt avalikult kättesaadavat informatsioonist.

Magistritöö raames ei olnud uuritavates keskustes küll võimalik hinnata põhjuslikku seost juhtimispraktikate rakendamise ulatuse ja valitud kliiniliste tulemusnäitajate vahel, kuid uurimistulemustele ja kirjandusele tuginedes saab väita, et kõrgema juhtimisskooriga kardioloogiakeskustega riikides (Rootsi ja UK) oli 30-päeva suremus ÄMI järgselt madalam ning statiinravi rakendamise ulatus kõrgem. Autor leiab, et kõrvutades uuritavate keskuste juhtimisskoorid vaadeldavate tulemusnäitajatega, võib väita, et riikidevaheline erinevus tulemuslikkuse osas sõltub erinevatest põhjustest, millest juhtimispraktikate kasutamise ulatus on vaid üks mitmete hulgas.

Vaatamata sellele, et uuritavate keskuste juhtimisskoorid olid mitmetes juhtimispraktikate dimensioonides sarnased, leidis autor, et tegelik juhtimispraktikate rakendamise ulatus keskustes oli siiski erinev. Skooride ja tegelike praktikate rakendamise vahelise ebakõla

põhjuseks ei tasu alahinnata TÜK-i juhtimiskriisist ja juhatuse esimehe vastu suunatud umbusaldusest tingitud mõjusid ega ka markantseteid muutuseid tervishoiukorralduses ja juhtimises viiruspandeemiast tingitud eriolukorras. Täielikult ei saa välistada juhtide soovi näidata enda juhitud organisatsiooni paremana, kui see tegelikult on. Seda toetasid ka valideerimise tulemused. Uurimistulemustele tuginedes andis magistr töö autor soovitud juhtimispraktikate põhikategooriate kaupa Tartu Ülikooli Kliinikumi ja Põhja-Eesti Regionaalhaigla kardioloogiakeskusele.

Autor seostas uurimistulemusi teoreetilises osas järeldatuga, et haiglate juhtimispraktikate kasutamise ulatust mõjutab enim konkurents, haigla suurus, omandivorm ning juhtide oskused ja autonoomia. Erisusi juhtimispraktikate rakendamise ulatuse kontekstis uuritavate keskuste vahel mõjutab kahtlemata ka teoreetilises osas kirjeldatud isiklikud ja organisatsioonilised faktorid. Lisaks tsentraalsele juhtimisstiilile Eesti haiglates on kahtlemata üheks oluliseks piiravaks faktoriks ressursipuudus ja sageli ka vähene koostöö haigla allüksuste vahel. Autori hinnangul on isiklikest faktoritest üheks olulisemaks juhtimispraktikate rakendamist piiravaks teguriks arstidest juhtide tagasihoidlik juhtimisalane väljaõpe. Samas leiab autor, et arstidest juhtidel on olemas head eeldused aktiivseks juhtimispraktikate rakendamiseks rutiinses praktikas.

Magistr töö autor on endiselt veendunud, et juhtimispraktikate aktiivne juurutamine haiglas on seotud tulemuslikkuse ja ravikvaliteedi paranemisega. Selleks aga tuleb ületada nii organisatsioonilised kui ka isiklikud piiravad faktorid ning tegutseda proaktiivselt juhtimispraktikate juurutamise nimel. Juhtimispraktikate juurutamine on organisatsioonile odav, kuid oodatav kasu on suur. Autor soovib lõpetuseks rõhutada veelgi teoreetilises osas esitatud seisukohta, et juhtimispraktikate rakendamine organisatsioonis ei peaks olema mitte võimaluseks, vaid kohustuseks.

VIIDATUD ALLIKAD

- Adhikari, S. R., Sapkota, V. P., & Supakankunti, S. (2015). A New Approach of Measuring Hospital Performance for Low- and Middle-income Countries. *Journal of Korean medical science*, 30 Suppl 2(Suppl 2), S143–S148.
<https://doi.org/10.3346/jkms.2015.30.S2.S143>
- Agarwal, R., Brown, P. J., Green, R., Randhawa, K., & Tan, H. (2014). Management practices of Australian manufacturing firms: Why are some firms more innovative? *International Journal of Production Research*, 52(21), 6496–6517.
<https://doi.org/10.1080/00207543.2014.949362>
- Aguinis, H., & Pierce, C. A. (2008). Enhancing the relevance of organizational. *Journal of Organizational Behavior*, 29, 139–145. <https://doi.org/10.1002/job.493>
- Ahmed, Anwer & Duellman, Scott. (2012). Managerial Overconfidence and Accounting Conservatism. *Journal of Accounting Research*. 51. 10.2139/ssrn.2097895.
- Alasoo, K., Oks, T. (2019). Tulemuslikkuse hindamine ja tulemuslikkuse juhtimine raviasutuses AS Ida-Tallinna Keskhaigla näitel. Tartu Ülikool.
- Allison, J. J. (2000). Relationship of Hospital Teaching Status With Quality of Care and Mortality for Medicare Patients With Acute MI. *JAMA*, 284(10), 1256.
<https://doi.org/10.1001/jama.284.10.1256>
- Arndt, M., & Bigelow, B. (2007). Evidence-Based Management In Health Care Organizations: a Critique of Its Assumptions. *Academy of Management Proceedings*, 2007(1), 1–6. <https://doi.org/10.5465/ambpp.2007.26516028>
- Baba, V. V., & HakemZadeh, F. (2012). Toward a theory of evidence based decision making. *Management Decision*, 50(5), 832–867.
<https://doi.org/10.1108/00251741211227546>

- Bâgu, C., Grigore, A.-M., & Radu, C. (2011). Managerial Practices of Increasing Organizational Performances in a Competitive Environment. *Review of International Comparative Management*, 12(6), 70–76.
<https://www.researchgate.net/publication/227490432>
- Baker, G. R., & Denis, J.-L. (2011). Medical leadership in health care systems: From professional authority to organizational leadership. *Public Money & Management*, 31(5), 355–362. <https://doi.org/10.1080/09540962.2011.598349>
- Barends, E, Rousseau, D. M., & Briner, R. B. (2014). *Evidence Based Practice: The Basic Principles*. Amsterdam: Center for Evidence-Based Management.
<https://www.cebma.org/wp-content/uploads/Evidence-Based-Practice-The-Basic-Principles.pdf>
- Barends, Eric, Villanueva, J., Rousseau, D. M., Briner, R. B., Jepsen, D. M., Houghton, E., & ten Have, S. (2017). Managerial attitudes and perceived barriers regarding evidence-based practice: An international survey. *PLOS ONE*, 12(10), e0184594.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184594>
- Bender, S., & Bloom, N. (2018). Management Practices, Workforce Selection, and Productivity. *Journal of Labor Economics*, 36(1), 371–409.
<https://doi.org/10.3386/w22101>
- Bloom, N., Propper, C., Seiler, S., & Van Reenen, J. (2015). The Impact of Competition on Management Quality: Evidence from Public Hospitals. *The Review of Economic Studies*, 82(2), 457–489. <https://doi.org/10.1093/restud/rdu045>
- Bloom, Nicholas, Genakos, C., Sadun, R., & Van Reenen, J. (2012). Management Practices Across Firms and Countries. *Academy of Management Perspectives*, 26(1), 12–33.
<https://doi.org/10.5465/amp.2011.0077>
- Bloom, Nicholas, Lemos, R., Sadun, R., & Van Reenen, J. (2017). *Healthy Business? Managerial Education and Management in Healthcare*. Centre of Economic Performance, The London School of Economics and Political Science.
<https://www.nber.org/papers/w23880.pdf>
- Bloom, Nicholas, Propper, C., & Seiler, S. (2009). *Management Practices in Hospitals*. London School of Economics, Centre for Economic Performance, NBER and

CEPR.

<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjMr6TM9eroAhWmy6YKHexDC0kQFjAAegQIAhAB&url=http%3A%2F%2Fwww.lse.ac.uk%2FresearchAndExpertise%2Funits%2FinnovationResearch%2Fpdf%2F280109paperJVR.pdf&usg=AOvVaw1dZRzM-6-Nr4cDQQTbOa8g>

Bloom, Nicholas, & Reenen, J. V. (2007). MEASURING AND EXPLAINING MANAGEMENT PRACTICES ACROSS FIRMS AND COUNTRIES. *The Quarterly Journal of Economics*, 122(4), 1351–1408.

<https://doi.org/10.1162/qjec.2007.122.4.1351>

Bloom, Nicholas, Sadun, R., & Van Reenen, J. (2013). Does Management Matter in Healthcare?

https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj_38j18-roAhWq8qYKHbpbBSOQFjAAegQIAhAB&url=https%3A%2F%2Fwww.ihf-fih.org%2Fresources%2Fpdf%2FDoes_Management_Matter_in_Healthcare.pdf&usg=AOvVaw0hZaPl-a7TJfbcS5AXWfSK

Bloom, Nicholas, & Van Reenen, J. (2010). Why Do Management Practices Differ across Firms and Countries? *Journal of Economic Perspectives*, 24(1), 203–224.

<https://doi.org/10.1257/jep.24.1.203>

Bosman, M. (2015). Managers' Attitudes Toward Adoption of Evidence-Based Management: The Evidence-Based Management Attitude Scale (EBMAs): An International Comparison of the Influence of Culturally Influenced Values and Sentiments and Big Five Personality Factors on Evidence-Based Management Attitudes. *Political Science*, 19. <https://doi.org/10.2139/ssrn.2676262>

Bradley, E. H. (2012). Hospital Strategies for Reducing Risk-Standardized Mortality Rates in Acute Myocardial Infarction. *Annals of Internal Medicine*, 156(9), 618.

<https://doi.org/10.7326/0003-4819-156-9-201205010-00003>

Bradley, E. H., Herrin, J., Curry, L., Cherlin, E. J., Wang, Y., Webster, T. R., Drye, E. E., Normand, S.-L. T., & Krumholz, H. M. (2010). Variation in Hospital Mortality

- Rates for Patients With Acute Myocardial Infarction. *The American Journal of Cardiology*, 106(8), 1108–1112. <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2010.06.014>
- Bradley, E. H., Herrin, J., Mattera, J. A., Holmboe, E. S., Wang, Y., Frederick, P., Roumanis, S. A., Radford, M. J., & Krumholz, H. M. (2005). Quality Improvement Efforts and Hospital Performance: Rates of Beta-Blocker Prescription After Acute Myocardial Infarction. *Medical Care*, 43(3), 282–292. <https://doi.org/10.1097/00005650-200503000-00011>
- Briner, R. B., Denyer, D., & Rousseau, D. M. (2009). Evidence-Based Management: Concept Cleanup Time? *The Academy of Management Perspectives*, 23(4), 19–32, 14. <https://doi.org/10.5465/AMP.2009.45590138>
- Brito, L. A. L., & Sauan, P. K. (2016). Management Practices as Capabilities Leading to Superior Performance. *BAR - Brazilian Administration Review*, 13(3). <https://doi.org/10.1590/1807-7692bar2016160004>
- Buffington, C., Foster, L., Jarmin, R., & Ohlmacher, S. (2017). The management and organizational practices survey (MOPS): An overview1. *Journal of Economic and Social Measurement*, 42(1), 1–26. <https://doi.org/10.3233/JEM-170441>
- Cahill, T. F., & Sedrak, M. (2012). Leading a Multigenerational Workforce: Strategies for Attracting and Retaining Millennials: *Frontiers of Health Services Management*, 29(1), 3–15. <https://doi.org/10.1097/01974520-201207000-00002>
- Chang, H. C., Jones, M. K., & Russell, C. (2013). Exploring Attitudes and Barriers Toward the Use of Evidence-Based Nursing among Nurse Managers in Taiwanese Residential Aged Care Facilities. *Journal of Gerontological Nursing*, 39(2), 36–42. <https://doi.org/10.3928/00989134-20130110-02>
- Chung, S.-C., Sundström, J., Gale, C. P., James, S., Deanfield, J., Wallentin, L., Timmis, A., Jernberg, T., & Hemingway, H. (2015). Comparison of hospital variation in acute myocardial infarction care and outcome between Sweden and United Kingdom: Population based cohort study using nationwide clinical registries. *BMJ*, h3913. <https://doi.org/10.1136/bmj.h3913>

- Collings, D. G., & Mellahi, K. (2009). Strategic talent management: A review and research agenda. *Human Resource Management Review*, 19(4), 304–313.
<https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2009.04.001>
- Curry, L. A., Spatz, E., Cherlin, E. J., Thompson, J., Berg, D., Ting, H., Decker, C., Krumholz, H., & Bradley, E. (2011). What Distinguishes Top-Performing Hospitals in Acute Myocardial Infarction Mortality Rates? A Qualitative Study. *Annals of Internal Medicine*, 154, 384–390. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-154-6-201103150-00003>
- Daft, R. L. (2010). *Organization theory and design* (10th ed). South-Western Cengage Learning.
- Dhanabhakyan, M., & Kokilambal, K. (2014). A Study on Existing Talent Management Practice and Its Benefits Across Industries. *International Journal of Research in Business Management*, 2(7), 23–36.
<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.682.1924&rep=rep1&type=pdf>
- Dickinson, H., Ham, C., & Snelling, I. (2013). Are We There Yet? Models of Medical Leadership and their effectiveness: An Exploratory Study. *NIHR Service Delivery and Organisation Programme*, 230.
<https://www.bl.uk/britishlibrary/~media/bl/global/social-welfare/pdfs/non-secure/a/r/e/are-we-there-yet-models-of-medical-leadership-and-their-effectiveness-an-exploratory-study-executive-summary.pdf>
- Douglas, K. (2013). Talent Management, the Next Frontier: Retaining, Nurturing, and Growing Our Workforce. *Nurse Leader*, 11(2), 23–25.
<https://doi.org/10.1016/j.mnl.2012.12.010>
- Eesti Haigekassa. (2018a). Eesti Haigekassa 2018. aasta eelarve seletuskiri (pp. 1–26).
- Eesti Haigekassa. (2018b). Ravikvaliteedi aruanne: Patsientide osakaal, kellel oli haiglast välja kirjutamisel kehtiv retsept 2018.
- Eesti Haigekassa. (2020). Kliinilised indikaatorid. Viimati kasutatud 21.05.2020.
<https://www.haigekassa.ee/partnerile/tervishoiuteenuste-kvaliteet/ravikvaliteedi-indikaatorid/kliinilised-indikaatorid>

- Eesti Müokardiinfarktiregister. (2020). Digitaalne andmepäring EMIR-le.
- Eglit, S. A. 2018. Tulemuslikkuse hindamine raviastutuses AS Valga Haigla näitel. Tartu Ülikool.
- Euroopa Komisjoni koduleht. (2020). European Commission. Kasutatud 21.05.2020. <https://ec.europa.eu/jrc/en/health-knowledge-gateway/societal-impacts/costs>
- Ford-Eickhoff, K., Plowman, D. A., & McDaniel, R. R. (2011). Hospital boards and hospital strategic focus: The impact of board involvement in strategic decision making. *Health Care Management Review*, 36(2), 145–154. <https://doi.org/10.1097/HMR.0b013e3182099f6e>
- Forth, J., & Bryson, A. (2019). Management practices and SME performance. *Scottish Journal of Political Economy*, 66(4), 527–558. <https://doi.org/10.1111/sjpe.12209>
- Gale, B. V. P., & Schaffer, M. A. (2009). Organizational Readiness for Evidence-Based Practice: JONA: The Journal of Nursing Administration, 39(2), 91–97. <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e318195a48d>
- Gelormino, E., Bambra, C., Spadea, T., Bellini, S., & Costa, G. (2011). The Effects of Health Care Reforms on Health Inequalities: A Review and Analysis of the European Evidence Base. *International Journal of Health Services*, 41(2), 209–230. <https://doi.org/10.2190/HS.41.2.b>
- Gerrish, K., & Clayton, J. (2004). Promoting evidence-based practice: An organizational approach. *Journal of Nursing Management*, 12(2), 114–123. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2004.00454.x>
- Ghalem, A., Chafik, O., Chroqui, R., & El Alami, S. (2016). Performance: A concept to define. 12. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.24800.28165>
- Gimbert, X., Bisbe, J., & Mendoza, X. (2010). The Role of Performance Measurement Systems in Strategy Formulation Processes. *Long Range Planning*, 43(4), 477–497. <https://doi.org/10.1016/j.lrp.2010.01.001>
- Glenn, T. (2012). The state of talent management in Canada's public sector: Talent Management in Canada's Public Sector. *Canadian Public Administration*, 55(1), 25–51. <https://doi.org/10.1111/j.1754-7121.2012.00204.x>

- González Álvarez, M. L., & Barranquero, A. C. (2009). Inequalities in health care utilization in Spain due to double insurance coverage: An Oaxaca-Ransom decomposition. *Social Science & Medicine*, 69(5), 793–801.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.06.037>
- Goodall, A. H. (2011). Physician-leaders and hospital performance: Is there an association? *Social Science & Medicine*, 73(4), 535–539.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.06.025>
- Gude, W. T., Roos-Blom, M. J., van der Veer, S. N., Dongelmans, D. A., de Jonge, E., Francis, J. J., Peek, N., & de Keizer, N. F. (2018). Health professionals' perceptions about their clinical performance and the influence of audit and feedback on their intentions to improve practice: a theory-based study in Dutch intensive care units. *Implementation science*, 13(1), 33. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0727-8>
- Guo, R., Berkshire, S. D., Fulton, L. V., & Hermanson, P. M. (2017). Use of evidence-based management in healthcare administration decision-making. *Leadership in Health Services*, 30(3), 330–342. <https://doi.org/10.1108/LHS-07-2016-0033>
- Guyatt, G. (1992). Evidence-Based Medicine: A New Approach to Teaching the Practice of Medicine. *JAMA*, 268(17), 2420.
<https://doi.org/10.1001/jama.1992.03490170092032>
- Hasanpoor, E., Hajebrahimi, S., Janati, A., & Abedini, Z. (2018a). Barriers, Facilitators, Process and Sources of Evidence for Evidence- Based Management among Health Care Managers: A Qualitative Systematic Review. 28(5), 17. 10.4314/ejhs.v28i5.18
- Hasanpoor, E., Janati, A., Arab-Zozani, M., & Haghgoshayie, E. (2018b). Using the evidence-based medicine and evidence-based management to minimise overuse and maximise quality in healthcare: A hybrid perspective. *BMJ Evidence-Based Medicine*, bmjebm-2018-110957. <https://doi.org/10.1136/bmjebm-2018-110957>
- Health Information and Quality Authority. (2013). Guidance on Developing Key Performance Indicators and Minimum Data Sets to Monitor Healthcare Quality (p. 70). <https://www.hiqa.ie/sites/default/files/2017-01/KPI-Guidance-Version1.1-2013.pdf>

- Heilmann, P. (2010). Review Article: To have and to hold: Personnel shortage in a Finnish healthcare organisation. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38(5), 518–523.
<https://doi.org/10.1177/1403494810370231>
- Hibbard, J. H., Stockard, J., & Tusler, M. (2005). Hospital Performance Reports: Impact On Quality, Market Share, And Reputation. *Health Affairs*, 24(4), 1150–1160.
<https://doi.org/10.1377/hlthaff.24.4.1150>
- Ibanez, B., James, S., Agewall, S., Antunes, M. J., Bucciarelli-Ducci, C., Bueno, H., Caforio, A. L. P., Crea, F., Goudevenos, J. A., Halvorsen, S., Hindricks, G., Kastrati, A., Lenzen, M. J., Prescott, E., Roffi, M., Valgimigli, M., Varenhorst, C., Vranckx, P., Widimský, P., ... Gale, C. P. (2018). 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *European Heart Journal*, 39(2), 119–177.
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx393>
- Ingram, T., & Glod, W. (2016). Talent Management in Healthcare Organizations—Qualitative Research Results. *Procedia Economics and Finance*, 39, 339–346.
[https://doi.org/10.1016/S2212-5671\(16\)30333-1](https://doi.org/10.1016/S2212-5671(16)30333-1)
- Ioan, B., Nestian, A., & Silviu, T. (2012). Relevance of Key Performance Indicators (KPIs) in a Hospital Performance Management Model. *Journal of Eastern Europe Research in Business & Economics*, 2012. <https://doi.org/10.5171/2012.674169>
- Janati, A., Hasanpoor, E., Hajebrahimi, S., & Sadeghi-Bazargani, H. (2018). Evidence-based management – healthcare manager viewpoints. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 31(5), 436–448. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-08-2017-0143>
- Janssen, M., van der Voort, H., & Wahyudi, A. (2017). Factors influencing big data decision-making quality. *Journal of Business Research*, 70, 338–345.
<https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2016.08.007>
- Jernberg, T. (2019). *SWEDEHEART Annual Report 2018* (pp. 1–247).
- Jung, K., Feldman, R., & Scanlon, D. (2011). Where would you go for your next hospitalization? *Journal of Health Economics*, 30(4), 832–841.
<https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2011.05.006>

- Khalifa, M., & Khalid, P. (2015). Developing Strategic Health Care Key Performance Indicators: A Case Study on a Tertiary Care Hospital. *Procedia Computer Science*, 63, 459–466. <https://doi.org/10.1016/j.procs.2015.08.368>
- Kim, D.-Y., Kumar, V. & Kumar, U. (2012), Relationship between quality management practices and innovation. *Journal of Operations Management*, 30: 295-315. doi:10.1016/j.jom.2012.02.003
- Kizer, K. W., & Kirsh, S. R. (2012). The Double Edged Sword of Performance Measurement. *Journal of General Internal Medicine*, 27(4), 395–397. <https://doi.org/10.1007/s11606-011-1981-5>
- Kohver, S. (2018). Tulemuslikkuse hindamine raviastutuses AS Rakvere Haigla näitel. Tartu Ülikool.
- Koreinik, L. (2017). Raviastutuse tulemuslikkuse hindamine: SA Tartu Ülikooli Kliinikumi ja SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla võrdlus. Tallinna Tehnikaülikool.
- Kovner, A. R., & Rundall, T. G. (2006). Evidence-Based Management Reconsidered: *Frontiers of Health Services Management*, 22(3), 3–22. <https://doi.org/10.1097/01974520-200601000-00002>
- Laible, M.-C., & Görg, H. (2019). The German Management and Organizational Practices (GMOP) Survey. *Jahrbücher Für Nationalökonomie Und Statistik*, 239(4), 723–732. <https://doi.org/10.1515/jbnst-2017-1003>
- Layton, D., Bloom, N., Homkes, R., & Sadun, R. (2010). *Management in Healthcare: Why good practice really matters*. Centre for Economic Performance; London School of Economics and Political Science; McKinsey and Company. https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiI_yL_OroAhU64KYKHUqIBg8QFjAAegQIARAB&url=http%3A%2F%2Fworldmanagementsurvey.org%2Fwp-content%2Fimages%2F2010%2F10%2FManagement_in_Healthcare_Report_2010.pdf&usq=AOvVaw2o3u1ZFcshPwNmu30xOaSY
- Learmonth, M., & Harding, N. (2006). EVIDENCE-BASED MANAGEMENT: THE VERY IDEA. *Public Administration*, 84(2), 245–266. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.2006.00001.x>

- Lega, F., Prenestini, A., & Spurgeon, P. (2013). Is Management Essential to Improving the Performance and Sustainability of Health Care Systems and Organizations? A Systematic Review and a Roadmap for Future Studies. *Value in Health*, 16(1), S46–S51. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2012.10.004>
- Lemos, R., & Scur, D. (2012). Could poor management be holding back development? Describing practices in the public and private sectors in India. *World Management Survey*. <http://worldmanagementsurvey.org/wp-content/uploads/2016/01/IGC-Lemos-Scur-2012-Working-Paper-India.pdf>
- Leonard, K. L., & Masatu, M. C. (2017). Changing health care provider performance through measurement. *Social Science & Medicine*, 181, 54–65. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.03.041>
- Liang, Z., Howard, P., & Rasa, J. (2011). Evidence-Informed Managerial Decision-Making: What evidence counts? (Part One). *Asia Pacific Journal of Health Management*, 6(1), 23–29. <https://www.researchgate.net/publication/255909993>
- Loh, E. (2015). Doctors as health managers: An oxymoron, or a good idea? *Journal of Work-Applied Management*, 7(1), 52–60. <https://doi.org/10.1108/JWAM-10-2015-005>
- Ludman, P. (2019). BCIS Audit Returns Adult Interventional Procedures April 2017—March 2018 (pp. 1–408). British Cardiovascular Intervention Society.
- Martin, A. (2015). Talent Management: Preparing a “Ready” agile workforce. *International Journal of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 2(3), 112–116. <https://doi.org/10.1016/j.ijpam.2015.10.002>
- McConnell, K. J., Chang, A. M., Maddox, T. M., Wholey, D. R., & Lindrooth, R. C. (2014). An exploration of management practices in hospitals. *Healthcare*, 2(2), 121–129. <https://doi.org/10.1016/j.hjdsi.2013.12.014>
- McConnell, K. J., Lindrooth, R. C., Wholey, D. R., Maddox, T. M., & Bloom, N. (2013). Management Practices and the Quality of Care in Cardiac Units. *JAMA Internal Medicine*, 173(8), 684. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.3577>
- McConnell, K. J., Lindrooth, R. C., Wholey, D. R., Maddox, T. M., & Bloom, N. (2016). Modern Management Practices and Hospital Admissions: Management Practices

- and Hospital Admissions. *Health Economics*, 25(4), 470–485.
<https://doi.org/10.1002/hec.3171>
- McGahan, A. M. (2007). Academic Research That Matters to Managers: On Zebras, Dogs, Lemmings, Hammers, and Turnips. *Academy of Management Journal*, 50(4), 748–753. <https://doi.org/10.5465/amj.2007.26279166>
- Melnyk, S. A., Bititci, U., Platts, K., Tobias, J., & Andersen, B. (2014). Is performance measurement and management fit for the future? *Management Accounting Research*, 25(2), 173–186. <https://doi.org/10.1016/j.mar.2013.07.007>
- Mintzberg, H. (1979). *The Structuring of Organizations*.
- National Cardiac Audit Programme. (2018). *NCAP Annual Report 2018* (pp. 1–58).
- Neely, A. (2005). Performance measurement system design: A literature review and research agenda. *International Journal of Operations & Production Management*, 25(12), 1228–1263. <https://doi.org/10.1108/01443570510633639>
- Nijs, S., Gallardo-Gallardo, E., Dries, N., & Sels, L. (2014). A multidisciplinary review into the definition, operationalization, and measurement of talent. *Journal of World Business*, 49(2), 180–191. <https://doi.org/10.1016/j.jwb.2013.11.002>
- Nikjoo, R. G., Beyrami, H. J., Jannati, A., & Asghari Jaafarabadi, M. (2013). Selecting Hospital's Key Performance Indicators, Using Analytic Hierarchy Process Technique. *Journal of Community Health Research*, 2(1), 30–38.
<http://jhr.ssu.ac.ir/article-1-83-en.html>
- Norfolki ja Norwich Ülikooli Haigla koduleht. (2020). Norfolk and Norwich University Hospitals NHS Foundation Trust. Kasutatud 21.05.2020. <http://www.nnuh.nhs.uk/>
- OECD. (2013). “What Future for Health Spending?” (pp. 1–15). *OECD Economics Department Policy Notes*, No. 19 June 2013.
<https://www.oecd.org/economy/health-spending.pdf>
- OECD/EU. (2018). *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris (p. 216). https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en

- Ohnmacht, S. D. (2012). The value of developing frontline leaders in health care. *Journal of Psychological Issues in Organizational Culture*, 3(1), 61–69.
<https://doi.org/10.1002/jpoc.20090>
- Oladapo, V. (2014). The Impact of Talent Management on Retention. *Journal of Business Studies Quarterly*, 5(3), 19–36.
<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.653.4143&rep=rep1&type=pdf>
- Ostadal, P. (2012). Statins as first-line therapy for acute coronary syndrome? *Experimental & Clinical Cardiology*, 17(4), 227–236.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3627281/pdf/ecc17227.pdf>
- Pfeffer, J., & Sutton, R. I. (2006). Evidence-Based Management. *Harvard Business Review*, January 2006, 14. <https://hbr.org/2006/01/evidence-based-management>
- Põhja-Eesti Regionaalhaigla koduleht. (2020). Regionaalhaigla. Kasutatud 21.05.2020.
www.regionaalhaigla.ee
- Praxis Poliitikauuringute Keskus. (2014). Ravikindlustuse jätkusuutlikkuse prognoos (pp. 1–8).
- Rahandusministeerium. (2019). 2019. Aasta riigieelarve seaduse seletuskiri (pp. 1–305).
- Rahimi, H., Kavosi, Z., Shojaei, P., & Kharazmi, E. (2017). Key performance indicators in hospital based on balanced scorecard model. *Journal Health Management & Informatics*, 4(1), 17–24.
http://jhmi.sums.ac.ir/article_42683_47ca95be0efe77f30d8854687ce63557.pdf
- Rani, A., & Joshi, D. U. (2012). A Study of Talent Management as a Strategic Tool for the Organization in Selected Indian IT Companies. *European Journal of Business and Management*, 4(4), 20–29.
<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.736.610&rep=rep1&type=pdf>
- Reay, T., Berta, W., & Kohn, M. K. (2009). What’s the Evidence on Evidence-Based Management? *Academy of Management Perspectives*, 23(4), 5–18.
<https://doi.org/10.5465/AMP.2009.45590137>

- Riigikontroll. (2010). Haiglavõrgu jätkusuutlikkus. Riigikontrolli aruanne Riigikogule. (p. 74).
- Roffi, M., Patrono, C., Collet, J.-P., Mueller, C., Valgimigli, M., Andreotti, F., Bax, J. J., Borger, M. A., Brotons, C., Chew, D. P., Gencer, B., Hasenfuss, G., Kjeldsen, K., Lancellotti, P., Landmesser, U., Mehilli, J., Mukherjee, D., Storey, R. F., & Windecker, S. (2016). 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: Task Force for the Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting without Persistent ST-Segment Elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*, 37(3), 267–315.
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehv320>
- Rong, B. & Wilkinson, I. (2011). What do managers' survey responses mean and what affects them? The case of market orientation and firm performance. *Australasian Marketing Journal (AMJ)*. 19. 137-147. 10.1016/j.ausmj.2011.04.001.
- Rotar, A. M., Botje, D., Klazinga, N. S., Lombarts, K. M., Groene, O., Sunol, R., & Plochg, T. (2016). The involvement of medical doctors in hospital governance and implications for quality management: A quick scan in 19 and an in depth study in 7 OECD countries. *BMC Health Services Research*, 16(S2), 160.
<https://doi.org/10.1186/s12913-016-1396-4>
- Rousseau, D. M. (2006). Is there Such a thing as “Evidence-Based Management”? *Academy of Management Review*, 31(2), 256–269.
<https://doi.org/10.5465/amr.2006.20208679>
- Rundall, T. G., Martelli, P. F., Arroyo, L., McCurdy, R., Graetz, I., Neuwirth, E. B., Curtis, P., Schmittiel, J., Gibson, M., & Hsu, J. (2007). The Informed Decisions Toolbox: Tools for Knowledge Transfer and Performance Improvement: *Journal of Healthcare Management*, 52(5), 325–341. <https://doi.org/10.1097/00115514-200709000-00009>
- Rynes, S. L., Colbert, A. E., & Brown, K. G. (2002). HR Professionals' beliefs about effective human resource practices: Correspondence between research and practice. *Human Resource Management*, 41(2), 149–174. <https://doi.org/10.1002/hrm.10029>

- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ*, 313(7050), 170–171. <https://doi.org/10.1136/bmj.313.7050.170c>
- Sadun, R., & Reenen, J. V. (2017). Why Do We Undervalue Competent Management? *Harvard Business Review*, 2017(Sept-Oct), 120–127. <https://hbr.org/2017/09/why-do-we-undervalue-competent-management>
- Saturno, P. J., Palmer, R. H., & Gascón, J. J. (1999). Physician attitudes, self-estimated performance and actual compliance with locally peer-defined quality evaluation criteria. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care*, 11(6), 487–496. <https://doi.org/10.1093/intqhc/11.6.487>
- Scholey, C., & Schobel, K. (2018). Performance Measurement for Non-Profit Organizations (p. 21). Chartered Professional Accountants of Canada. <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=8&ved=2ahUKEwjLtu-WgOvoAhVOwcQBHajDsMQFjAHegQIAhAB&url=https%3A%2F%2Fwww.cpa-canada.ca%2F-%2Fmedia%2Fsite%2Fbusiness-and-accounting-resources%2Fdocs%2Fg10026-rg-performance-measurement-for-non-profit-organizations-guidance-june-2016.pdf&usg=AOvVaw0fwvv4qVptsisWDg4RZLIB>
- Seňová, A., & Antořová, M. (2015). Business Performance Assessment and the Efqm Excellence Model 2010 (case Study). *Management: Journal of Contemporary Management Issues*, 20(1), 183–190. <https://pdfs.semanticscholar.org/385a/cb3706a7438a8abea24ea3d407ee55ca0636.pdf>
- Shohet, I. M., & Nobili, L. (2017). Application of key performance indicators for maintenance management of clinics facilities. *International Journal of Strategic Property Management*, 21(1), 58–71. <https://doi.org/10.3846/1648715X.2016.1245684>

- Shortell, S. M., Rundall, T. G., & Hsu, J. (2007). Improving Patient Care by Linking Evidence-Based Medicine and Evidence-Based Management. *JAMA*, 298(6), 673. <https://doi.org/10.1001/jama.298.6.673>
- Si, S.-L., You, X.-Y., Liu, H.-C., & Huang, J. (2017). Identifying Key Performance Indicators for Holistic Hospital Management with a Modified DEMATEL Approach. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(8), 934. <https://doi.org/10.3390/ijerph14080934>
- Siebers, P.-O., Aickelin, U., Battisti, G., Celia, H., Clegg, C., Fu, X., De Hoyos, R. E., Iona, A., Petrescu, A. I., & Peixoto, A. (2008). Enhancing Productivity: The Role of Management Practices. *SSRN Electronic Journal*, 062. <https://doi.org/10.2139/ssrn.1309605>
- Sihtasutus Põhja-Eesti Regionaalhaigla. (2019). 2018. Aasta Konsolideeritud Majandusaasta Aruanne (pp. 1–76).
- Sihtasutus Põhja-Eesti Regionaalhaigla. (2020). Kardioloogiakeskuse aruanne 2019 (pp. 1–29).
- Sihtasutus Tartu Ülikooli Kliinikum. (2019). Konsolideeritud Majandusaasta Aruanne 2018 (pp. 1–99).
- Sihtasutus Tartu Ülikooli Kliinikum. (2020). SA TÜK Südamekliinik Aastaruanne 2019 (pp. 1–68).
- Skåne Care koduleht. (2017). Skåne Care. Kasutatud 21.05.2020. <https://skanecare.com/>
- Skåne Ülikoolihaigla koduleht. (2020). Skåne University Hospital. Kasutatud 21.05.2020. <https://vard.skane.se/en/skane-university-hospital/>
- Smolina, E. (2016). Tulemuslikkuse hindamine raviasutuses SA Ida-Viru Kesksaigla näitel. Tartu Ülikool.
- Sohrabi, Z., & Zarghi, N. (2015). Evidence-Based Management: An Overview. *Creative Education*, 06(16), 1776–1781. <https://doi.org/10.4236/ce.2015.616180>
- Sotsiaalministeerium. (2015). Tervishoiu rahastamise jätkustuulikkus (pp. 1–34).
- Statistikaamet. (2019). Eesti rahvastikuprognos 2080 (pp. 1–19).

- Stenestrand, U., & Wallentin, L. (2001). Early Statin Treatment Following Acute Myocardial Infarction and 1-Year Survival. *JAMA*, 285(4), 430–436.
<https://doi.org/10.1001/jama.285.4.430>
- Striteska, M., & Spickova, M. (2012). Review and Comparison of Performance Measurement Systems. *The Journal of Organizational Management Studies*, 2012, 1–13. <https://doi.org/10.5171/2012.114900>
- Stroes, E. S., Thompson, P. D., Corsini, A., Vladutiu, G. D., Raal, F. J., Ray, K. K., Roden, M., Stein, E., Tokgözoğlu, L., Nordestgaard, B. G., Bruckert, E., De Backer, G., Krauss, R. M., Laufs, U., Santos, R. D., Hegele, R. A., Hovingh, G. K., Leiter, L. A., Mach, F., ... Wiklund, O. (2015). Statin-associated muscle symptoms: Impact on statin therapy—European Atherosclerosis Society Consensus Panel Statement on Assessment, Aetiology and Management. *European Heart Journal*, 36(17), 1012–1022. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehv043>
- Suárez, C. A. (2016). Best Management Practices: SMEs' Organizational Performance Management Based On Internal Controls in Mexico. *Journal of International Business and Economics*, 4(2). <https://doi.org/10.15640/jibe.v4n2a5>
- Taha, V. A., Gajdzik, T., & Zaid, J. A. (2015). Talent Management in Healthcare Sector: Insight Into the Current Implementation in Slovak Organizations. *European Scientific Journal*, 1, 89–99.
<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=2ahUKEwiQyZfAiuvoAhUtzqYKHVtnDKEQFjABegQIAxAB&url=https%3A%2F%2Feujsjournal.org%2Findex.php%2Fesj%2Farticle%2Fdownload%2F6681%2F6414&usg=AOvVaw3do7DJY-2kyq5RwRg31Ilj>
- Taicu, M. (2013). Considerations Regarding the Implementation of a Performance Management System in Private Hospitals. *Scientific Bulletin – Economic Sciences*, 12(1), 72–84.
<https://pdfs.semanticscholar.org/a7e2/c64ddc5b7a22bb7f42bd1d4483de4d2935bf.pdf>

- Taie, E. S. M. S. (2015). Talent Management is the Future Challenge for Healthcare Managers for Organizational Success. *American Research Journal of Nursing*, 1(1), 18–27. <https://doi.org/10.21694/2379-2922.15021>
- Tansley, C. (2011). What do we mean by the term “talent” in talent management? *Industrial and Commercial Training*, 43(5), 266–274. <https://doi.org/10.1108/00197851111145853>
- Taouab, O., & Issor, Z. (2019). Firm Performance: Definition and Measurement Models. *European Scientific Journal ESJ*, 15(1). <https://doi.org/10.19044/esj.2019.v15n1p93>
- Tartu Ülikooli Kliinikumi koduleht. (2020). Tartu Ülikooli Kliinikum. Kasutatud 21.05.2020. <https://www.kliinikum.ee/>
- Tervise Arengu Instituut. (2019). Surmapõhjused 2018. Kasutatud 21.05.2020. <https://www.tai.ee/et/terviseandmed/tervisestatistika-ja-uuringute-andmebaas/uuendused/4528-surmapohjused-2018>
- Tsai, T. C., Jha, A. K., Gawande, A. A., Huckman, R. S., Bloom, N., & Sadun, R. (2015). Hospital Board And Management Practices Are Strongly Related To Hospital Performance On Clinical Quality Metrics. *Health Affairs*, 34(8), 1304–1311. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2014.1282>
- Tyagi, A., & Singh, P. (2019). Hospital performance management: A multi-criteria decision-making approach. *International Journal of Healthcare Management*, 12(4), 286–291. <https://doi.org/10.1080/20479700.2017.1337606>
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2015). *World Population Ageing 2015* (pp. 1–164). https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2019). *World Population Ageing 2019: Highlights* (pp. 1–46). <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Highlights.pdf>
- Vähi, M., & Tiit, E.-M. (2015). Eesti rahvastikuproгноos kuni aastani 2040. *Rahvastiku areng. Statistikaamet*, 1.21.

- Vaiman, V., Scullion, H., & Collings, D. (2012). Talent management decision making. *Management Decision*, 50(5), 925–941.
<https://doi.org/10.1108/00251741211227663>
- van Helden, J., & Reichard, C. (2016). Commonalities and Differences in Public and Private Sector Performance Management Practices: A Literature Review. In M. J. Epstein, F. Verbeeten, & S. K. Widener (Eds.), *Studies in Managerial and Financial Accounting* (Vol. 31, pp. 309–351). Emerald Group Publishing Limited.
<https://doi.org/10.1108/S1479-351220160000031010>
- Veillard, J., Champagne, F., Klazinga, N., Kazandjian, V., Arah, O. A., & Guisset, A.-L. (2005). A performance assessment framework for hospitals: The WHO regional office for Europe PATH project. *International Journal for Quality in Health Care*, 17(6), 487–496. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzi072>
- Vera, A., & Hucke, D. (2009). Managerial orientation and career success of physicians in hospitals. *Journal of Health Organization and Management*, 23(1), 70–84.
<https://doi.org/10.1108/14777260910942560>
- Veronesi, G., Kirkpatrick, I., & Vallasca, F. (2013). Clinicians on the board: What difference does it make? *Social Science & Medicine*, 77, 147–155.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.11.019>
- Walser, K., Huber, E., & Meister, A. (2013). Planning, budgeting and performance management at Swiss hospitals – Are Swiss hospitals at a crossroads – Will these medical specialist organisations in future develop into institutions with a business orientation? *GMS Medizinische Informatik, Biometrie Und Epidemiologie*, 9(3), 1–12. <https://doi.org/10.3205/mibe000142>
- Walshe, K., & Rundall, T. G. (2001). Evidence-based Management: From Theory to Practice in Health Care. *The Milbank Quarterly*, 79(3), 429–457.
<https://doi.org/10.1111/1468-0009.00214>
- Wells, W., & Hejna, W. (2009). Developing Leadership Talent in Healthcare Organizations. *Healthcare Financial Management*, 63(1), 66–69.
<https://pdfs.semanticscholar.org/30d5/4295510fa5857bea5824c1be066800d3db64.pdf>

Wilkins, E., Wilson, L., Wickramasinghe, K., Bhatnagar, P., Leal, J., Luengo-Fernandez, R., Burns, R., Rayner, M., & Townsend, N. (2017). European Cardiovascular Disease Statistics 2017 (pp. 1–192). European Heart Network, Brussels.

Lisad

Lisa 1. Uurimuses kasutatud juhtimispraktikate hindamise küsimustik

1. ADMITTING THE PATIENT

SCORE 1 – Admission processes are little standardized and only a few protocols have been created

- Information gathered on the patients depends on the admitting doctor.
- Order sets do not depend on the diagnosis, but rather on the preferences of the admitting physician.
- The information is not documented in a way that would enable to monitor the admission process.

SCORE 3 – Admission processes are standardized and protocols exist, but are not followed rigorously, or the processes are not monitored closely

- The admitting clinician uses the predefined set of instructions for STEMI patients, but not for non-STEMI patients.
- It is not measured on the unit level how often standardized processes or instructions are followed.

SCORE 5 – Protocols are known to everyone and they are being followed. Compliance with protocols is regularly monitored. The unit has predefined, standardized instructions for initial assessment and admission order sets for both critical scenarios (STEMI and non-STEMI)

- The hospital has a standardized admission instruction sets available and it is electronically prompted every time a patient with chest pain enters the emergency department.
- When the STEMI diagnosis is given on basis of ECG criteria, the angiography team is instantly notified and they respond.
- All STEMI patients will be reviewed by team of specialists in 24 hours to audit performance so far.
- Ten randomly selected cases are audited each week, selected among the patients who have been admitted with chest pain.

Answer to question 1 (please pick one)

- Score 1; Score 2; Score 3; Score 4; Score 5

Lisa 1 järg

2. PROTOCOL STANDARDIZATION

SCORE 1 – Processes are little standardized and only a few protocols have been created (different clinical staff have different approaches to same treatment)

- The unit has not standardized the main clinical procedures, but intends to do so within the following year.
- The managers assume that doctors and nurses are on the same “page” in terms of protocols.
- Medical records are checked monthly and assessed for completion.

SCORE 3 – Protocols have been created, but only for certain types/groups of patients; or they are too complex to be used regularly. Adherence to protocols is not monitored adequately

- The unit has created protocols for the key procedures (e.g. insertion of peripheral catheters).
- Clinicians are trained when they are hired and their competency is being assessed annually.
- Managers rely mostly on direct supervision to ensure that the processes are carried out correctly and consistently.

SCORE 5 – Protocols have been created for all types/groups of patients. These are available for the staff, followed by everyone and adherence to protocols is regularly monitored

- Main clinical procedures are standardized and regularly monitored.
- There are instructions and checklists for all the clinical procedures and adherence to these is regularly audited.
- The staff’s competence on the administration of the processes and procedures of their unit is assessed quarterly.
- The staff must regularly participate in trainings and skill assessment.

Answer to question 2 (please pick one)

- Score 1; Score 2; Score 3; Score 4; Score 5

3. COORDINATION OF HANDOFFS

SCORE 1 – There are no systems and methods that enable to check the interunit communication and to verify information in handoffs. Communication between two units is somewhat coordinated

- There is a standard form for verbal handoffs, but it does not have to be followed, and usually is not.

Lisa 1 järg

There is no controlled communication between some units when transferring a patient; the medical records of a patient are being passed, but there is no report or sign-off and other documentation is not included.

SCORE 3 – Protocols for interunit communication exist, but are not followed always or consistently. Communication may be one-sided

In addition to verbal report, a handoff is also transferred. For some handoffs, but not all, the SBAR (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*) protocol is being used.

The staff will be followed up when mismatches with protocol or inappropriate handoffs are reported.

SCORE 3 – Interunit protocols have been created, are understood and followed by everyone and regularly followed up. Handoff information is documented; communication is interactive and contingency plans have been created

A protocol using SBAR principle has created and used for interunit handoffs.

Previously printed form is used to document every handoff, is transferred with the patient and documented in the medical records.

The management monitors the written component and assesses compliance.

Supervisors randomly and secretly observe and audit the handoffs.

Answer to question 3 (please pick one)

Score 1; Score 2; Score 3; Score 4; Score 5

4. STAFF COMMUNICATION

SCORE 1 – Doctors and nurses are not very willing to notice the problems outside their specific field and there are a few possibilities to make contributions outside one's traditional work role

It is difficult for nurses to confront doctors, they pass their complaints and problems directly to the nurse manager.

Problems are solved slowly along the chain of command.

Doctors solve their problems with other doctors and do not find it necessary to involve other medical staff in the process.

SCORE 3 – There is communication between staff members, but it is usually one-sided: there are no concrete options for solving the problems among the staff

Nurses are open to the recommendations of the doctors, but think that the doctors do not listen to their suggestions.

Lisa 1 järg

- Nurses and doctors visit the patients separately and according to their own wishes.
- Complaints and suggestions on the patient security are made directly to the manager, who passes on the complaint/problem along the chain of command, if necessary.

SCORE 5 – The communication between doctors and nurses is interactive and both sides make contributions outside their work roles or tasks. There are multiple possibilities for problem solving

- Communication between nurses and doctors is productive and cooperative.
- Interdisciplinary meetings take place daily.
- There is an anonymous system for reporting incidents and treatment errors.
- Unit manager and human resources department respond to the complaints within 24 hours.

Answer to question 4 (please pick one)

- Score 1; Score 2; Score 3; Score 4; Score 5

5. PATIENT FOCUS

SCORE 1 – Patient satisfaction is rarely measured. There are no systems that enable the patients or their families to easily submit their problems and questions

- The family can ask the nursing staff for help.
- Problems that cannot be solved instantly are passed on to the human resources department, or the managing staff of the unit, and solved at the quarterly meetings on patient satisfaction.
- Usually, the problems will not be analyzed further.

SCORE 3 – There are attempts to measure patient satisfaction, but no protocols for solving the problems of patients/families in case the medical staff is unavailable or the problems get more serious

- The unit supports patient feedback, nursing managers constantly monitor the patient satisfaction with the service.
- Patient relations representative helps to solve the problems.

SCORE 5 – There are several ways to measure the patient/family satisfaction and complaints are recorded. There are systems for documenting positive and negative feedback and responding to it

- In every hospital room there is a board with the names and contact information of the medical staff, the concerns and wishes of the patient, current treatment plan.
- The information on the board is updated every 12 hours.

Lisa 1 järg

- The hospital has the capability to react fast to the questions and complaints of the patient/family.
- Patient satisfaction is measured by a phone call within 48 hours after the discharge.
- The information is analyzed and forwarded to a corresponding unit.

Answer to question 5 (please pick one)

- Score 1; Score 2; Score 3; Score 4; Score 5

6. DISCHARGING THE PATIENT

SCORE 1 – There is little information about the patient’s further well-being and little information is coordinately sent to the next health care facility

- Orders on discharge are hand-written and non-standardized.
- Generally, there is no surveillance plan for the patient and GP (general practitioner)
- The GP himself/herself has to seek for the information about the patient from the health care facility.

SCORE 3 – The discharging process is somewhat standardized and there are some protocols, but only for some patient groups (e.g. for STEMI patients, but not for non-STEMI patients). There are protocols, but these are not followed, or the adherence to the protocols is not monitored

- Transmission of the list of medications and recommendations is standardized, but a few other recommendations/orders are being transferred and patients are not sufficiently informed.
- The unit contacts high-risk patients 48 hours after they have been discharged.
- Most of the primary health care providers receive information about patients digitally, immediately after the discharge.

SCORE 5 – There are protocols for the discharging process and treatment recommendations for all the patients. There is an official plan for the transferal of the patient from one stage of treatment to another (e.g. from the hospital under the care of the GP). The transferal of treatment recommendations is monitored

- Discharge begins at the moment of admission.
- The obstacles and problems that might occur after the discharge are monitored daily.
- The patient receives counselling on the co-occurring medical conditions and pharmacological aspects.

Lisa 1 järg

- Before the patients are discharged, they are screened for depression.
- A discharging unit always seeks the information on the patient's GP and schedules an appointment.

Answer to question 6 (please pick one)

- Score 1; Score 2; Score 3; Score 4; Score 5

7. ADMINISTERING THE TECHNOLOGY

SCORE 1 – New medications or technology are only administered when necessary, or irregularly

- New purchases are primarily made when influenced by the presentation of the seller/provider, or by influencing the doctors.
- There is no committee that would regularly analyze the information on the effectivity of new medications or devices.
- The purchase of medications or devices might be rejected by the board, if it's too expensive.

SCORE 3 – The committee analyzes the administration of some technologies (medications, but not devices); the administration could be affected primarily by the financial aspect in the situation where there is too little information available about the effectivity of the product

- The main motive behind the administration of a new device or medication is the preference or the wish of the doctor.
- The drug and therapeutics committee assesses the doctors' applications based on cost and safety.
- Not all applications are approved.

SCORE 5 – Administration of new technologies is systematically assessed, based on the cost-effectiveness. The staff might undergo training to obtain the information faster

- The committee assesses all the applications for medications and devices.
- The safety of a medication/device must be in accordance with the evidence-based treatment plan and a new method must be more cost-efficient compared to the old one in order to be approved.
- All clinicians have the possibility and right to submit applications to the committee.
- The hospital sends its representative to academic conferences to learn about new medications/devices.

Lisa 1 järg

Answer to question 7 (please pick one)

Score 1; Score 2; Score 3; Score 4; Score 5

8. MONITORING OF SAFETY AND MEDICAL ERRORS

SCORE 1 – The staff understands the importance of avoiding medical errors, but it mainly depends on the individual efforts

- The management/board often stresses the importance of patient safety, all staff are expected to make an effort to avoid medical errors.
- The hospital has a reporting system for medical errors, but it is not used most of the time.
- Sometimes audits are carried out, when there are problems with proving the medical error.

SCORE 3 – There are strategies for avoiding medical errors, but these are not constantly monitored. The staff is aware of the importance of reducing/avoiding medical errors, but there are obstacles in discussing the errors or making necessary changes

- Barcodes are used for avoiding medication errors.
- The computer system enables constant monitoring, but there are no funds in the budget for raising the quality of the personnel's work.
- Supervisors carry out observational audits to assess the use of strategies.
- Quality improvement unit discusses the medical errors with the managers every month.

SCORE 5 – There are strategies for avoiding/reducing medical errors and these are monitored. Improvements are made to the system before the medical errors actually happen, to lower the threat to patients

- To reduce medical errors, a system-oriented approach is implemented in the unit, including reducing the fatigue of the staff and using the devices that disperse medications automatically.
- A member of the quality improvement unit immediately handles all notifications of medical errors.
- There are regular multidisciplinary discussions on actual and potential medical errors.
- Pareto diagrams and effect analysis are used for risk management.

Answer to question 8 (please pick one)

Score 1; Score 2; Score 3; Score 4; Score 5

Lisa 1 järg

9. CONSTANT IMPROVEMENT

SCORE 1 – Processes are only improved when problems occur, or the improvement only involves one part of the staff

- Leading personnel gathers together to analyze the changes to process only when a problem occurs.
- The team relies on their clinical experience and expertise to make suggestions.

SCORE 3 – Improvements are made irregularly, involving all groups of the staff to ameliorate the processes related to their work

- The unit manager arranges a meeting when a problem has occurred.
- All sides of the personnel are invited to the first meeting to offer solutions to the problem.
- After that, a small group is formed to put together a detailed proposal.

SCORE 5 – It is every worker's duty to draw attention to the problems and solving the problems is the task of every group of the personnel. Drawing attention to the problems and solving them usually happens regularly, without waiting for an important negative event to happen

- Suggestions for improvement can be written on the boards in staff rooms and are assessed every week.
- The suggestions often become the basis for making changes.
- The unit manager expects that the staff to point attention to the problems and offer solutions.
- The staff is trained to develop problem analyzing skills and offer solutions and they have a knowledge of the principles of quality management (e.g. 5S, Lean).

Answer to question 9 (please pick one)

- Score 1; Score 2; Score 3; Score 4; Score 5

10. PERFORMANCE ASSESSMENT

SCORE 1 – Performance is analyzed irregularly or inefficiently (only success or failure are measured)

- The management meets the unit managers only then the key performance indicators have been below the standard level for two quarters in a row.

SCORE 3 – Performance is analyzed periodically by assessing the successes and failures. Only senior staff and some parts of the staff are informed of the results. There is no clear tactics for further action

Lisa 1 järg

- Feedback on key performance indicators is given to the unit managers at quarterly meetings.
- The managers' task is to implement necessary changes for improving the job performance and reward the unit on their success.

SCORE 5 – Performance is analyzed constantly on the basis of previously agreed indicators. All the aspects are taken into account to ensure constant improvement. The whole staff is informed of the results

- Key performance indicators are constantly assessed and complemented and are visible to the staff in the staff room and website.
- The results are visualized graphically.
- Weekly multidisciplinary meetings are held to analyze the performance and improve it through changes, using the “Plan-Do-Check-Act” approach.

Answer to question 10 (please pick one)

- Score 1; Score 2; Score 3; Score 4; Score 5

11. PERFORMANCE DISCUSSION

SCORE 1 – Necessary information for constructive discussions is often missing or its quality is low, the discussion is too focused on irrelevant information. There is no clear context and the goal is not worded specifically

- There are no formal meetings to assess the performance.
- The manager wishes to improve the quality of the unit, but does not have access to sufficient information.

SCORE 3 – Performance assessment discussions are held with sufficient information, the purposes and context of the meetings are clear to everyone. Discussions do not focus on the main reasons behind problems

- The quality improvement unit arranges virtual discussions on performance assessment, discussions take place via e-mail and the overview is published online.
- Before discussion, the agenda is sent to the participants and they have to respond to each point.
- The manager has no opinion on how to use the discussion to improve the quality.

SCORE 5 – Regular overviews and performance assessments are held, focusing on problem-solving and addressing key performance indicators, goal and context. Future action plan is concrete and clear to everyone. Meetings offer a possibility for constructive feedback and coaching

Lisa 1 järg

- The management takes systematic actions to assess the performance indicators.
- An analyst summarizes the results and each staff member presents their response.
- Meetings are structured in a way that enables each staff member to get a chance to speak and to avoid situations where one person would dominate over others.
- The team votes whether to start a concrete plan for improvement and the decisions are based on the opinion of the majority.

Answer to question 11 (please pick one)

- Score 1; Score 2; Score 3; Score 4; Score 5

12. THE BALANCE OF GOALS

SCORE 1 – The goals are only focused on the objectives of the hospital management and are related to the budget

- Patient satisfaction is the primary focus.
- Several hospital's initiatives are used to improve the results of patient satisfaction surveys.

SCORE 3 – The unit may have multiple goals, but financial objectives, for example, could be preferred to those pertaining to quality. The goals do not apply to all parts of the personnel, there is no understanding on the real interdependence of the objectives

- The goals of the unit are related to both the performance indicators (which are measured over time) and financial indicators.
- Objectives are set yearly and some of them are eliminated by the unit managers.
- The managers do not perceive the potential conflicts between the goals.

SCORE 5 – The goals are balanced and involve several dimensions (e.g. financial balance, quality, employee satisfaction, patient satisfaction). The interactive effects between the goals are understood by everyone

- The hospital applies the balanced scorecard principle, which focuses on the following 5 important elements: service, growth, people, quality and finance.
- The performance management system is well understood by the whole staff.
- When conflicts occur among the hospital's key values, strategic plans will be made.

Answer to question 12 (please pick one)

- Score 1; Score 2; Score 3; Score 4; Score 5

Lisa 1 järg

13. THE INTERDEPENDENCE OF OBJECTIVES

SCORE 1 – The objectives are not connected between different levels of the organization

- Unit manager sets objectives for his or her unit, but they have a small or nonexistent role in reaching the hospital's goals.
- The objectives of the unit are general and not related to individual performance.

SCORE 3 – The objectives are connected between different levels, but only for some parts of the staff

- Unit manager sets extensive objectives, which are based on the goals of the hospital and in accordance with the objectives set by the hospital's management.
- Staff is regularly informed of the unit's objectives at the performance meetings.

SCORE 5 – The specificity of the objectives is exponentially increasing, depending on the intraorganizational level and results in individual expectations for each part of the staff

- The unit's objectives are set in a way that would support one extensive higher goal: to ensure the best treatment for the patients.
- Performance objectives fall into 5 main categories, which, in turn, can be divided into several smaller objectives.
- Each employee aims towards at least one smaller objective in one category and their performance is assessed quarterly.

Answer to question 13 (please pick one)

- Score 1; Score 2; Score 3; Score 4; Score 5

14. THE SCOPE OF OBJECTIVES

SCORE 1 – The objectives are too easy or hard to achieve, at least partially because clinicians have been too little involved in setting them

- The unit always achieves its objectives.
- The bar is set low to ensure success.
- Objectives and achieving them is more a question of reputation - the hospital likes to claim that all the quality goals that have been set, will be achieved.

SCORE 3 – Most units strive aggressively towards achieving the objectives that are based on extrahospital standards and the role of clinicians in setting the objectives is marginal. There are a few "sacred cows" where the same standards do not apply

Lisa 1 järg

- The units achieve their objectives 75% of the time.
- There is a significant variability in terms of reaching the objectives: some are achieved 100% of the time, whereas others will always remain unachieved.
- Hard work is done to maintain the level of achievement, but managers have no say in correcting or assessing the objectives, which is often a concern to them.

SCORE 5 – Objectives are hard to reach for every part of the organization and they have been set in coordination with experienced clinicians (external “standards” have been adopted adequately)

- The success of each objective can be measured in several categories.
- The levels objectives are set in the cooperation of management and clinicians.
- The objectives are compared to national standards.
- All units are assessed by the same highest standard.

Answer to question 14 (please pick one)

- Score 1; Score 2; Score 3; Score 4; Score 5

15. BONUS PAYMENTS

SCORE 1 – All employees receive equal bonus payments, regardless of their performance

- The salaries of the employees are raised regularly/at times, regardless of their individual or team performance.

SCORE 3 – There is an evaluation system for performance assessment and bonus payments, but the employees are only paid for their individual performance (teamwork is not rewarded) or the bonuses are small and/or non-monetary, or only meant for certain groups of personnel

- Performance of employees is assessed on basis of their individual objectives, which are related to those of the hospital.
- The personnel receives a quarterly bonus, based on the level of performance.
- The manager sends thank-you cards and employees of the month are selected, to acknowledge those who have performed well.
- Team effort is not rewarded.

SCORE 5 – There is an evaluation system for performance assessment and bonus payments, including personal monetary bonuses and team bonuses

Lisa 1 järg

- Performance assessment is varied.
- Performance is evaluated by every employee him/herself, colleague and manager.
- There are individual bonuses for the best, the decision-making principles are clear and the size of the bonus depends on previously set objectives.
- The management sets the criteria for bonuses.

Answer to question 15 (please pick one)

- Score 1; Score 2; Score 3; Score 4; Score 5

16. THE APPROACH TO LESS SUCCESSFUL EMPLOYEES

SCORE 1 – Employees who perform worse are rarely fired

- Managers have a few options to handle the worse-performing employees after the probationary period.
- Terminating the employment relationship is essentially impossible.

SCORE 3 – Worse-performing employees keep their jobs for up to a year before the situation is handled

- There is a plan for performance improvement with the correction program.
- Poor performance is generally not tolerated.
- The human resources department favors the termination of the contracts of those employees who perform worse, but this process is time-consuming, exhausting and little effective.

SCORE 5 – Hard work is done to identify the weaknesses and improve the employees who perform worse, or terminate the employment relationship with them

- There is an anonymous system for submitting personnel-related problems.
- Performance-related problems are handled fast: the manager introduces the performance improvement plan to the employee and assigns a supervisor, mentor for him or her.
- The aim is to support the employee in making the necessary changes to help them keep their job.
- Poor performance is not tolerated at the hospital.
- If the performance does not improve despite the effort, the employment contract must be terminated.

Lisa 1 järg

Answer to question 16 (please pick one)

Score 1; Score 2; Score 3; Score 4; Score 5

17. SUPPORTING THE TALENTS

SCORE 1 – Senior staff does not acknowledge that luring the talents to the work, keeping and developing them is a high priority in the organization

- The suitability of the candidate is determined during an interview on the level of the human resources department.
- More experienced managers are not connected to the recruitment process.
- New employee training is not organized.
- Hiring the talents is not considered the responsibility of managers.

SCORE 3 – Senior staff acknowledges that the presence of talents in the organization is a prerequisite for good performance

- The hospital's interviewing process is set to identify the highly qualified candidates.
- The human resources department screens the applicants based on their main competences, managers and relevant colleagues conduct the interviews and the applicant fills in a questionnaire that measures his/her motivation.
- Employees can take part in training and self-development programs.
- Developing the skills of the employees or hiring them is not considered the responsibility of managers.

SCORE 5 – Senior staff is held responsible for raising the number of talents and evaluated on their ability to do so

- There is a personnel development program, career counselling teams regularly meet with the personnel, to assess the career-related goals and offer support and counselling.
- There are possibilities for continuing the studies and the studies are financially supported.
- In addition to participating in the clinical programs, it is possible to take part in hospital meetings and quality management programs.
- Managers are valued by the trainings and courses their employees go through and the certificates and degrees they have.

Answer to question 17 (please pick one)

Score 1; Score 2; Score 3; Score 4; Score 5

Lisa 1 järg

18. KEEPING THE TALENTS

SCORE 1 – Little effort is made to keep the top talents

- Managers do not perceive that it is their task to persuade the employees to stay in their jobs.
- It is not the organization's task to intervene.

SCORE 3 – Generally, a lot of effort is made to keep the top talents

- Managers make great effort to keep the best employees happy.
- The hospital allows the managers to change work schedules and enable best employees to take longer holidays.
- When employees leave voluntarily, the managers are not held responsible.

SCORE 5 – All possible measures are taken to keep the top talents in every group of personnel

- The managers meet every staff member regularly to evaluate their work satisfaction and solve their concerns.
- The managers are usually aware for a longer period of time that the employees are planning to leave and work proactively to keep them in the organization.
- The managers have the flexibility to offer different workload possibilities (work on weekdays, part-time work), training support for the development of the employee, make salary offers and enable to switch the position.
- The salary of the managers is also related to how often the employees quit their jobs.

Answer to question 18 (please pick one)

- Score 1; Score 2; Score 3; Score 4; Score 5

BASIC INFORMATION (please fill in)

Respondent's name and position:

Respondent hospital's name:

Lisa 2. Tervishoius kasutatavad mittefinantsilise tulemuslikkuse hindamise võimalused

Autor	Tulemuslikkuse valdkond	KPI näited
Nikjoo <i>et al.</i> 2013: 34; Veillard <i>et al.</i> 2005: 493-495; Tyagi ja Singh 2019: 289; Ioan <i>et al.</i> 2012: 2; Rahimi <i>et al.</i> 2017: 22; Si <i>et al.</i> 2017: 10; Khalifa ja Khalid 2015: 462-463	Tervishoiuteenuste kvaliteet; teenuse ohutus; teenuse patsiendikesksus	Suremus, korduvate hospitaliseerimiste sagedus, patsiendirahulolu, kaebuste arv ajaperioodil, kvaliteedi-sertifikaatide arv, nosokomiaalsete infektsioonide arv, profülaktilise antibiootikumravi kasutamine, ravi eskaleerimise vajadus 48 tunni jooksul pärast protseduure, päevakirurgia osakaal kirurgiast, tühistatud operatsioonide arv, erinevat tüüpi operatsioonide arv, ravivigade arv, patsientidega juhtunud õnnetuste arv, elustamiste arv haiglaravil olles.
Nikjoo <i>et al.</i> 2013: 34; Si <i>et al.</i> 2017: 10; Khalifa ja Khalid 2015: 462-463	Juurdepäas tervishoiuteenustele	Ambulatoorsete ja statsionaarsete patsientide keskmine ooteaeg, uute ambulatoorsete haigete arv, uute statsionaarsete haigete arv, mitteilmunud haigete arv.
Nikjoo <i>et al.</i> 2013: 34; Veillard <i>et al.</i> 2005: 493-495; Si <i>et al.</i> 2017: 10	Tervishoiuteenuste tõhusus (võimekuse optimeerimine); Produktiivsus	Voodihõive, voodikoormus, voodikäive, keskmine haiglaravi kestus, varude hulk laos, ravimite hulk apteegis.
Veillard <i>et al.</i> 2005: 493-495; Tyagi ja Singh 2019: 289; Ioan <i>et al.</i> 2012: 2; Rahimi <i>et al.</i> 2017: 22; Si <i>et al.</i> 2017: 10	Personali turvalisus ja heaolu	Kulud töötajate terviseedendusele, haiguspäevade arv, tööõnnetuste arv, ületöö hulk ajaperioodil, töötajate motivatsioonisüsteemide olemasolu ja rakendamine, töötajate rahuloluprotsent.
Tyagi ja Singh 2019: 289; Ioan <i>et al.</i> 2012: 2; Khalifa ja Khalid 2015: 462-463	Kliiniline tõhusus	Haiglas oleva tehnoloogia kasutamise ulatus, osutatud tervishoiuteenuse asjakohasus, radioloogiliste ja laboriuuringute arv, teenuse sisendite ja väljundite suhe, kasutatava tehnoloogia kvaliteet, tõendus põhiste raviotsuste osakaal.
Ioan <i>et al.</i> 2012: 2	Sotsiaalne vastutus ja organisatsiooni reaktiivsus	Panus ühiskonna terviseedendusse, juurdepäas ressursidele, võimekus reageerida suurenenud nõudlusele.
Ioan <i>et al.</i> 2012: 2	Operatiivne võimekus	Vabade ressurside hulk, kõrge harituse ja subspetsialiteediga professionaalide arv.
Rahimi <i>et al.</i> 2017: 22; Si <i>et al.</i> 2017: 10	Õppimine ja personalipoliitika	Muutuste dünaamika personali struktuuris, kulutuste hulk töötajate treenimisele ja koolitamisele.
Khalifa ja Khalid 2015: 462-463	Ravidokumentatsioon	Puudulikult täidetud ravidokumentide arv, fabritseeritud ravidokumentide arv.

Allikas: autori koostatud.

Lisa 3. WMS mudeli juhtimispraktikad ja uuritavate keskuste juhtimiskoovid

Juhtimispraktika dimensioon		Keskus			
		SUS	NNUH	TÜK	PERH
1. patsientide hospitaliseerimine	Protsesside juhtimine	5	5	5	4
2. protokollide standartiseeritus		4	5	4	4
3. raportite edastamine personali vahel		5	5	3	4
4. personali kommunikatsioon		5	5	4	4
5. patsiendifookus		4	5	4	4
6. patsientide ambulatoorsele ravile suunamine		5	5	4	5
7. uue tehnoloogia kasutusele võtmine	Töösoorituse juhtimine	4	4	3	4
8. turvalisuse ja ravivigade monitooring		3	5	3	4
9. põhiprotsesside analüüsimine ja parandamine		4	4	3	4
10. töösoorituse hindamine		5	4	3	3
11. tulemuslikkuse arutelu		4	4	1	4
12. eesmärkide tasakaal	Eesmärkide juhtimine	3	5	3	4
13. eesmärkide omavaheline sõltuvus		3	4	4	3
14. eesmärkide ulatus		3	5	4	4
15. tulemustasustamine	Talentide juhtimine	3	2	3	3
16. vähem edukate töötajate käsitlemine		4	3	2	4
17. talentide toetamine		3	4	3	3
18. talentide hoidmine		3	3	3	3

Allikas: autori koostatud uurimistulemuste põhjal.

Lisa 4. WMS juhtimispraktikate mudeli eestikeelne tõlge

Patsiendi hospitaliseerimine

Hospitaliseerimise protsessid on vähe standardiseeritud ning koostatud on vaid üksikuid protokolle.

- Patsientide kohta kogutud informatsioon sõltub hospitaliseerivast arstist. Korraldused (ravi, uuringud) ei sõltu patsiendi diagnoosist, vaid pigem hospitaliseeriva arsti eelistustest. Informatsiooni ei dokumenteerita viisil, mis võimaldaks monitoorida hospitaliseerimise protsessi.

Hospitaliseerimise protsessid on standardiseeritud ja protokollid on olemas, kuid neid ei järgita kogu aeg või tegevust ei monitoorita.

- Hospitaliseeriv arst kasutab etteantud tegevusjuhust STEMI haigete puhul, kuid mitte non-STEMI haigetel. Üksuse tasandil ei mõõdetata seda kui sageli standardiseeritud protsesse või tegevusjuhiseid järgitakse.

Protokollid on kõigile teada ja neist peetakse kinni ning nende kasutamist monitooritakse regulaarselt. Haiglal on olemas standardiseeritud juhised nii STEMI kui ka non-STEMI haigete esmaseks hindamiseks ja hospitaliseerimiseks.

- Haiglal on olemas standardiseeritud hospitaliseerimine juhend kõigi rindkerevaluga EMO-sse pöörduvate haigete jaoks, mis on elektrooniliselt kättesaadav. Kui EKG kriteeriumite alusel püstitatakse STEMI diagnoos, siis teavitatakse sellest koheselt angiograafia meeskonda, mis reageerib teavitusele. Kõiki STEMI haigeid hinnatakse uuesti 24h jooksul, et auditeerida senist käsitlust. Igal nädalal auditeeritakse 10 juhuslikult valitud rindkerevalu tõttu hospitaliseeritud patsiendi haigusjuhtu.

Protokollide standardiseeritus

Protsessid on vähe standardiseeritud ning koostatud on vaid üksikud protokollid (meditsiinitöötajatel on erinev lähenemine samal ravile).

Lisa 4 järg

- Üksus ei ole standardiseerinud põhilisi kliinilisi protseduure, kuid kavatseb seda teha järgmise aasta jooksul. Juhid eeldavad, et arstid ja õed on protokollide kontekstis samal „lehel“. Haiguslugusid vaadatakse üle ja hinnatakse igakuiselt.

Koostatud on protokolle, kuid need puudutavad vaid teatud patsientide gruppe või ei kasutata neid regulaarselt, kuna on liiga keerulised. Protokollide järgimist ei monitoorita adekvaatselt.

- Üksuses on koostatud protokolle võtmeprotseduuride teostamiseks (näiteks perifeerse kanüüli paigaldamise juhend). Kliinitsiste treenitakse tööle asumisel ja iga-aastaselt viiakse läbi kompetentsi analüüsi. Juhid tuginevad põhiliselt otsesele jälgimisele, et veenduda protseduuride läbiviimise korrektsuses ja järjepidevuses.

Kõikide haigete rühmade jaoks on koostatud protokollid. Need on personalile kättesaadavad, neid järgitakse kõigi poolt ja protokollide järgimist monitooritakse regulaarselt.

- Põhilised kliinilised protsessid on standardiseeritud ja neid monitooritakse regulaarselt. Kõigi kliiniliste protseduuride kohta on olemas tegevusjuhised ja kontrollnimekirjad, mille järgimist auditeeritakse regulaarselt. Personali kompetentsi oma üksuse protsesside ja protseduuride läbiviimise kohta hinnatakse igas kvartalis. Personal peab osalema regulaarselt koolitustel ja oskuste hindamisel.

Infovahetuse koordineeritus

Puuduvad süsteemid ja meetmed, mis kontrollivad infovahetust üksuste vahel. Infovahetus kahe üksuse vahel on vähe koordineeritud.

- On olemas standardvorm verbaalse infovahetuse jaoks, kuid seda ei pea järgima ja seda reeglina ka ei tehta. Mõne üksuse vahel ei toimu kontrollitud infovahetust, patsiendi meditsiinidokumendid edastatakse, kuid ei anta raportit ning muid dokumente ei edastata.

Üksuste vahelised infovahetuse protokollid eksisteerivad, kuid neid ei järgita alati. Infovahetus võib olla ühesuunaline.

Lisa 4 järg

- Suulisele raportile lisaks antakse edasi ka raport paberi vormis. Ravisoovituste või ettepanekute protokollid kasutatakse mõnedel juhtudel. Personal analüüsib raporteid, et tuvastada mittevastavust protokollile.

Üksuste vahelised infovahetuse protokollid eksisteerivad, need on kõigile arusaadavad ja neid järgitakse kõigi poolt ning regulaarselt teostatakse järelhindamist. Üksuste vaheline infovahetus on dokumenteeritud, suhtlus üksuste vahel on interaktiivne ning olemas on situatsiooniplaanid.

- On olemas SBAR printsiibile tuginev protokoll, mida kasutatakse üksuste vahel. Eelnevalt välja printitud vormi kasutatakse iga infovahetuse dokumenteerimiseks, käib kaasas iga patsiendiga ja dokumenteeritakse haigusloos. Juhtkond monitoorib raportite vastavust juhisele. Juhid viivad läbi juhuslikku raportite auditeerimist.

Personalivaheline kommunikatsioon

Arstidel ja õdedel on vähe tahtmist näha probleeme väljaspool enda konkreetset valdkonda ning on vähe võimalusi panustada väljaspool enda traditsioonilist rolli.

- Õdedel on keeruline arstidele vastu astuda, nad edastavad oma kaebused ja mured otse õendusjuhile. Probleeme lahendatakse aeglaselt mööda juhtimisahelat. Arstid lahendavad probleeme koos teiste arstidega ega pea vajalikuks kaasata muud meditsiinipersonali.

Suhtlus personali vahel toimub, kuid on reeglina ühesuunaline: puuduvad konkreetset võimalused probleemide lahendamiseks personali seas.

- Õed on avatud arstide soovitudele, kuid leiavad, et arstid ei võta nende ettepanekuid kuulda. Õed ja arstid viivad patsientide visiite läbi eraldi ja vastavalt oma soovile. Haigete turvalisust puudutavad kaebused või ettepanekud tehakse otse juhile, kes viib vajadusel kaebuse/mure edasi mööda juhtimisahelat.

Lisa 4 järg

Arstide ja õdede suhtlus on interaktiivne ja mõlemad pooled panustavad väljaspool oma töörolli või -kohustusi. On olemas mitmeid võimalusi murede lahendamiseks.

- Suhtlus õdede ja arstide vahel on produktiivne ja toimub koostöö vormis. Toimuvad igapäevased interdistsiplinaarsed kokkusaamised. On olemas anonüümne intsidentide ja ravivigade raporteerimise süsteem. Üksuse juht ning personaliosakond menetlevad ja vastavad kaebustele 24h jooksul.

Patsiendifookus

Patsientide rahulolu mõõdetakse harva. Puuduvad süsteemid, mis võimaldaksid haigetel või nende omastel oma muresid ja küsimusi lihtsalt edastada.

- Omased võivad paluda õenduspersonali abi. Koheselt mitte lahendatavad probleemid edastatakse personaliosakonnale või osakonna juhtivale personalile, mis lahendatakse kord kvartalis toimuvatel patsientide rahulolu puudutavatel koosolekutel. Puudub reeglina probleemide edasine analüüs.

Proovitakse hinnata patsientide rahulolu, kuid puuduvad protokollid patsientide/omaste murede lahendamiseks kui meditsiinipersonal ei ole kättesaadav või probleemid süvenevad.

- Üksus toetab patsientide tagasiside andmist, õendusjuhid viivad pidevalt läbi patsientide teenusega rahulolu monitooringut. Patsiendisuhete esindaja abistab probleemide lahendamisel.

Mitmete vahenditega mõõdetakse patsientide/omaste rahulolu ja registreeritakse kaebuseid. On olemas süsteemid positiivse ja negatiivse tagasiside dokumenteerimiseks ning sellele vastamiseks.

- Igas palatis on tahvel, kus kirjas neid raviva personali nimed ja kontaktid, patsiendi soovid ja mured, hetke raviplaan. Tahvlit uuendatakse iga 12h tagant. Haiglal on olemas võimekus kiiresti reageerida patsiendi/omaste küsimuste, kaebuste korral. Patsientide rahulolu hinnatakse telefoni teel 48h möödudes pärast väljakirjutamist. Kogutud informatsiooni analüüsitakse ja edastatakse vastavale üksusele.

Lisa 4 järg

Patsiendi väljakirjutamine

Patsiendi edasise käekäigu kohta on vähe informatsiooni ning vähe informatsiooni edastatakse koordineeritult järgmisse ravikohta.

- Korraldused väljakirjutamisel on käsitsi kirjutatud ning standardiseerimata. Üldiselt puudub jälgimisplaan haige ja perearsti jaoks. Perearst peab ise hankima infot haige kohta raviasutusest.

On olemas mõningane standardiseeritus haige väljakirjutamisel ja mõned protokollid eksisteerivad, kuid on mõeldud vaid mõne patsiendigrupi jaoks (näiteks STEMI haigetele, aga mitte non-STEMI patsientidele). Protokollid on küll olemas, kuid neid ei järgita pidevalt või ei monitoorita nende järgimist.

- Ravimite nimekirja ja soovitude edastamine toimub standardiseeritult, kuid vaid vähesel määral edastatakse muid soovitusi/korraldusi ning haritakse patsienti. Üksus helistab kõrge riskiga haigetele 48h pärast väljakirjutamist. Suurem osa esmatasandi meditsiiniteenuse pakkujatest saab patsiendi kohta käiva informatsiooni digitaalselt koheselt kätte pärast väljakirjutamist.

Protokollid väljakirjutamisel ning ravisoovituste juhendid on olemas kõigi haigete jaoks. On olemas ametlik plaan haige siirdumisel ühest ravietaapist teise (näiteks haiglast perearsti jälgimisele). Ravisoovituste edastamist monitooritakse.

- Väljakirjutamine algab haige hospitaliseerimise hetkel. Igapäevaselt hinnatakse võimalikke takistusi ja probleeme, mis koju kirjutamisel võib tekkida. Haiget nõustatakse erinevate kaasuvate haiguste käsitlemise ja farmakoloogilisest aspektist. Haigeid skriinitakse depressiooni suhtes enne väljakirjutamist. Väljakirjutava üksuse poolt selgitatakse alati välja haige perearst ja lepitakse kokku vastuvõtuaeg.

Lisa 4 järg

Tehnoloogia rakendamine

Uute ravimite kasutamine või tehnoloogiate rakendamine toimub vaid vajadusel või toimub see ebaregulaarselt.

- Uued ostud tehakse primaarselt müüja/pakkuja presentatsioonist tingituna või arste mõjutades. Puudub komitee, mis tegeleks regulaarselt uute ravimite või seadmete efektiivsust puudutava informatsiooni analüüsimisega. Ravimite või seadmete ost võidakse tagasi lükata haigla juhatuse poolt, kui see on liiga kulukas.

Komitee analüüsib mõnede tehnoloogiate (ravimid, kuid mitte seadmed) kasutuselevõttu; kasutuselevõtt võib olla mõjutatud primaarselt rahalisest aspektist olukorras, kus toote efektiivsuse kohta liiga vähe informatsiooni.

- Põhiline motiiv uue seadme või ravimi kasutuselevõtuks on arsti eelistus või soov. Ravimikomitee hindab arstide taotluseid lähtuvalt maksumusest ja ohutusest. Kõiki taotlusi ei rahuldata.

Süsteemiliselt hinnatakse uute tehnoloogiate kasutusele võtmise võimalusi, tuginedes kulu-efektiivsusele. Personal võib osaleda koolitustel, et kiirendada informatsiooni hankimist.

- Komitee menetleb kõiki ravimi ja seadmete taotlusi. Ravimi/seadme efektiivsus ja ohutus peab olema kooskõlas tõenduspõhise ravijuhendiga ning uus meetod peab olema kulu-efektiivsem võrreldes vanaga, et see heaks kiidetaks. Kõigil klinitsistidel on võimalus ja õigus komiteele taotlusi esitada. Haigla saadab esindaja akadeemilistele konverentsidele, et õppida uute ravimite/seadmete kohta.

Ohutus ja ravivigade monitooring

Personal mõistab ravivigade vältimise olulisust, kuid see sõltub primaarselt individuaalsetest pingutustest.

- Haigla juhtkond rõhutab sageli patsiendiohutuse tähtsust, kõikidelt töötajatelt oodatakse pingutusi, et vältida ravivigu. Haiglas on olemas ravivigade raporteerimise

Lisa 4 järg

süsteem, kuid seda ei kasutata enamus ajast. Aeg-ajalt viiakse läbi auditeid, kui esineb probleeme ravivea tõestamisel.

Strateegiad ravivigade vältimiseks on välja töötatud, kuid neid ei monitoorita pidevalt. Personal on teadlik ravivigade vähendamise/vältimise tähtsusest, kuid esineb takistusi nende arutamisel või vajalike muutuste tegemisel.

- Triipkoode kasutatakse ravimivigade vältimiseks. Arvutisüsteem võimaldab pidevat jälgimist, kuid eelarves puudub raha osakonna personali töö kvaliteedi suurendamiseks. Järelevalvajad viivad läbi observatiivseid auditeid strateegiate kasutamise hindamiseks. Ravikvaliteedi osakond arutab ravivigu igakuiselt juhtidega.

Strateegiad ravivigade vältimiseks/vähendamiseks on välja töötatud ja neid monitooritakse. Ravivea eelses situatsioonis tehakse parandusi süsteemis, et vähendada ohtu haigetele.

- Üksuses rakendatakse süsteemidele orienteeritud lähenemist, et vähendada ravimivigu, sealhulgas personali väsimuse vähendamine ja automatiseeritud ravimeid väljastavate seadmete kasutamine. Ravikvaliteedi osakonna töötaja menetleb kõiki ravivea teateid koheselt. Regulaarselt toimub multidistsiplinaarne arutelu ravivigade ja potentsiaalsete ravivigade analüüsimiseks. Riski juhtimisel kasutatakse Pareto diagramme ja efektianalüüsi.

Pidev parendamine

Protsesse muudetakse paremaks vaid siis, kui tekib probleeme või on protsessi parendamine seotud ainult ühe personali osaga.

- Juhtiv personal koguneb ja analüüsib protsessi muutmist vaid probleemi ilmnemisel. Meeskond tugineb oma kliinilisele kogemusele ja ekspertiisile ettepanekute tegemisel.

Parendusi tehakse ebaregulaarselt, kaasates kõiki personalirühmasid, et muuta paremaks nende töövaldkonna protsesse.

- Üksuse juht korraldab koosoleku kui probleem on tekkinud. Personali kõik osapooled on oodatud esimesele koosolekule, et pakkuda välja lahendusi probleemidele. Seejärel moodustatakse väike grupp, mis koostab detailse ettepaneku.

Probleemidele tähelepanu juhtimine on iga töötaja kohustus ja probleemide lahendamine on kõigi personalirühmade ülesanne. Probleemidele tähelepanu juhtimine ja nende lahendamine toimub reeglina regulaarselt, ootamata oluliste negatiivsete sündmuste toimumist.

- Parandusettepanekuid võib kirjutada personaliruumides olevatele tahvlile ning neid hinnatakse igal nädalal. Tekkinud ettepanekud panevad sageli aluse muutuste läbiviimiseks. Üksuse juht eeldab personalilt probleemidele tähelepanu juhtimist ja lahenduste väljapakkumist. Personali on koolitatud probleemide analüüsi- ja lahendamiseks ja lahenduste väljapakkumiseks ning nad on kursis kvaliteedijuhtimise printsiipidega (nt 5S, Lean).

Töösoorituse hindamine

Töösooritust analüüsitakse ebaregulaarselt või ebaotstarbekalt (hinnatakse ainult edu või läbikukkumist).

- Haigla juhtkond kohtub üksuste juhtidega siis, kui üksuse töösoorituse võtmenäitajad on olnud allpool standardtaset kahes järjestikkuses kvartalis.

Töösooritust analüüsitakse perioodiliselt, hinnates kordaminekuid ja läbikukkumisi. Tulemustest teavitatakse vaid üksuse kogenumat personali ja üksikuid personali gruppe. Puudub selge taktika edasiseks tegevuseks.

- Võtmenäitajate kohta antakse tagasisidet koosolekutel igas kvartalis üksuste juhtidele. Juhtidel on ülesanne teha vajalikke muudatusi, et parandada töösooritust ja premeerida üksust kordaminekute korral.

Töösooritust analüüsitakse pidevalt, tuginedes kokkulepitud indikaatoritele. Kõiki aspekte võetakse arvesse, et tagada pidev paranemine. Tulemustest informeeritakse tervet personali.

Lisa 4 järg

- Töösoorituse võtmenäitajaid hinnatakse ja täiendatakse pidevalt ning need on nähtavad töötajatele nende ruumides ja kodulehel. Tulemusi visualiseeritakse graafiliselt. Igal nädalal toimub multidistsiplinaarne koosolek töösoorituse analüüsimiseks ja parandamiseks läbi muudatuste tegemise, kasutades „*Plan-Do-Check-Act*“ lähenemist.

Töösoorituse arutelu

Vajalik informatsioon konstruktiivse diskussiooni läbiviimiseks puudub sageli või on madala kvaliteediga, diskussioon on liigselt fokusseeritud informatsioonile, mis ei ole oluline. Puudub selge kontekst ning eesmärk ei ole konkreetselt sõnastatud.

- Puuduvad formaalsed kokkusaamised töösoorituse hindamiseks. Juht soovib parandada üksuse kvaliteeti, kuid tal puudub ligipääs piisavale informatsioonile.

Soorituse hindamise diskussioone peetakse piisava info hulgaga, koosolekute eesmärgid ja kontekst on kõigile osalistele selged. Diskussioonid ei keskendu probleemide põhilistele põhjustele.

- Kvaliteediosakond viib läbi virtuaalset sooritusnäitajate hindamise arutelusid, diskussioonid toimuvad e-maili vahendusel ja ülevaade sellest avaldatakse veebis. Päevakord edastatakse enne diskussiooni ja osalejad peavad vastama iga päevakorra punktile. Juhil puudub seisukoht, kuidas diskussiooni kasutatakse kvaliteedi parandamiseks.

Toimuvad regulaarsed ülevaated ja töösoorituse arutelud, mis on fokusseeritud probleemide lahendamisele ja adresseeritud võtmepõhjustele, eesmärgile ja kontekstile. Edasine tegevuskava on konkreetne ja kõigile selge. Kokkusaamised on võimaluseks anda konstruktiivset tagasisidet ja kootsimiseks.

- Juhtkond kasutab süstemaatilisi tegevusi töösoorituse indikaatorite hindamiseks. Analüütik võtab kokku tulemused ja iga meeskonnaliige kannab ette oma vastuse. Kokkusaamised on struktureeritud nii, et iga meeskonnaliige saab sõna ja vältida

Lisa 4 järg

- liigset domineerimist ühe liikme poolt. Meeskond hääletab, kas käivitada konkreetne plaan soorituse parandamiseks ning otsused tuginevad enamuse seisukohale.

Eesmärkide tasakaal

Eesmärgid on fokusseeritud ainult haigla juhtkonna eesmärkidele ning seotud eelarvega.

- Patsiendirahulolu on primaarseks fookuseks. Mitmed haiglapoolsed initsiatiivid on kasutusel, et parandada haigete rahulolu-uuringute tulemusi.

Üksusel võib olla mitmeid eesmärke, kuid näiteks finantseesmärgid võivad olla eelistatud võrreldes kvaliteediga seotud eesmärkidega. Eesmärgid ei laiene kõigile personalirühmadele, puudub arusaam eesmärkide tõelisest omavahelisest sõltuvusest.

- Üksuse eesmärgid on seotud nii sooritusnäitajatega (mida aja jooksul mõõdetakse) ja finantsnäitajatega. Eesmärke seatakse iga-aastaselt ning osa neist sõelutakse välja üksuse juhtide poolt. Juhid ei taju võimalikke eesmärkide omavahelisi konflikte.

Eesmärgid on balansseeritud ja hõlmavad mitmeid dimensioone (näiteks finantstasakaal, kvaliteet, töötajarahulolu, patsiendirahulolu). Eesmärkide omavaheline mõju on kõigile arusaadav.

- Haigla rakendab tasakaalus tulemuskaardi printsiipi (*balanced scorecard*), mis keskendub järgmisele 5 olulisele elemendile: teenus, kasv, inimesed, kvaliteet ja finants. Soorituse juhtimise süsteem on kogu personalile hästi arusaadav. Koostatakse strateegilisi plaane, kui tekib konflikte haigla võtmeväärtuste seas.

Eesmärkide omavaheline seotus

Eesmärgid ei ole organisatsioonisisestel tasanditel omavahel seotud.

- Üksuse juht seab eesmärgid oma üksuse jaoks, mille roll haigla eesmärkide saavutamisel on väike või puudub. Üksuse eesmärgid on üldised ja ei ole seotud individuaalse sooritusega.

Lisa 4 järg

Organisatsiooni eesmärgid on eri tasanditel seotud, kuid ainult mõne personalirühma jaoks.

- Üksuse juht seab laiaulatuslikke eesmärke haigla eesmärkidest lähtuvalt ning on haigla juhtkonna seatud eesmärkidega kooskõlas. Üksuse eesmärkidest teavitatakse personali regulaarselt töösoorituse koosolekutel.

Eesmärkide spetsiifilisus suureneb pidevalt kaskaadina sõltuvalt organisatsioonisisest tasandist ning lõpeb individuaalsete ootustega igale personali grupile.

- Üksuste eesmärgid on seatud nii, et need toetaksid ühte ulatuslikku ja kõrgemat eesmärki: tagada haigetele parim ravi. Töösoorituse eesmärgid jagunevad 5 põhilisse kategooriasse, mis omakorda jagunevad mitmeks alameesmärgiks. Iga töötaja pürgib igas kategoorias vähemalt 1 alameesmärgi suunas ja sooritust hinnatakse igas kvartalis.

Eesmärkide ulatus

Eesmärgid on liiga lihtne või keeruline saavutada, vähemasti osaliselt seetõttu, et need on seatud kliinitsiste vähe kaasates.

- Üksus saavutab alati oma eesmärgid. Latt on seatud madalale, et tagada edu. Eesmärgid ning nende saavutamine on pigem turundusliku rolliga – haiglale meeldib väita, et kõik seatud kvaliteediesmärgid saavutatakse.

Enamikes üksustes pingutatakse agressiivselt eesmärkide nimel, mis tuginevad haiglavälistele standarditele ning kliinitsistide kaasatus eesmärkide seadmisel on vähene. Eksisteerivad üksikud „pühad lehmad“, kus samad standardid ei kehti.

- Üksused saavutavad eesmärgid 75% ajast. Esineb oluline varieeruvus eesmärkide saavutamise seisukohast; mõned eesmärgid saavutatakse 100% ajast, samas kui mõned jäävad alati saavutamata. Töötatakse kõvasti selle nimel, et eesmärkide saavutamine ei väheneks, kuid juhtidel puudub sõnaõigus eesmärkide korrigeerimiseks või hindamiseks, mis on sageli nende jaoks peavalu.

Lisa 4 järg

Eesmärgid on keeruliselt saavutatavad iga organisatsiooni osa jaoks ning need on seatud kooskõlastas kogenud klinitsistidega (välised „standardid/etalonid“ on adekvaatselt adopteeritud).

- Iga eesmärgi edu hinnatav mitmes kategoorias. Eesmärkide tasemete seadmine toimub koostöös juhtkonna ja klinitsistide vahel. Eesmärke võrreldakse riiklike standarditega. Kõik üksuseid hinnatakse ühe ja sama kõrgeima standardi alusel.

Tulemustasustamine

Kõigi töötajate tulemustasud on võrdsed, sõltumata nende töösooritusest.

- Töötajate palgad tõusevad regulaarselt/aeg-ajalt, sõltumata nende individuaalsest või meeskondlikust sooritusest.

On olemas hindamissüsteem töösoorituse hindamiseks ja tulemustasustamiseks, kuid töötajaid tasustatakse vaid individuaalse soorituse põhjal (meeskonnatööd ei tasustata) või on tasud väikesed ja/või mitterahalised; või mõeldud vaid kindlate personalirühmade jaoks.

- Töötajate sooritust hinnatakse lähtuvalt nende individuaalsetest eesmärkidest, mis on seotud haigla eesmärkidega. Personal saab kord kvartalis tulemustasu sõltuvalt soorituse tasemest. Juht saab tänuavalduskaarte ning valitakse kuu parimaid töötajaid, et tublisid tunnustada. Meeskondlikku panust ei tunnustata.

On olemas hindamissüsteem töösoorituse hindamiseks ja tulemustasustamiseks, sealhulgas personaalsed rahalised preemiad ning meeskondlikud preemiad.

- Töösoorituse hindamine on mitmekülgne. Sooritust hindab iga töötaja ise, kolleeg ja juht. Individuaalne preemia on ette nähtud parimatele ning selle arvestamise põhimõtted on selged ning preemia suurus sõltub varasemalt seatud eesmärkidest. Juhtkond määrab eesmärgid preemia saamiseks.

Vähem edukate töötajate käsitlus

Kehvema töösooritusega töötajaid vallandatakse harva.

Lisa 4 järg

- Juhtidel on väga vähe võimalusi, et tegeleda madalama sooritusvõimega töötajatega, pärast seda, kui katseaeg on lõppenud. Töösuhete lõpetamine on sisuliselt võimatu.

Kehvema töösooritusega töötajad püsivad oma töökohal kuni aasta, enne kui olukorraga tegeletakse.

- On olemas töösoorituse parandamise plaan koos korrektuuride läbiviimise kavaga. Kehv töösooritus ei ole reeglina lubatud. Personaliosakond toetab kehva töösooritusega töötajate lepingu lõpetamist, kuid see protsess on ajamahukas, kurnav ja väheefektiivne.

Töötatakse kõvasti selle nimel, et tuvastada nõrkuseid ning arendada kehva sooritusega töötajaid või lõpetada nendega töösuhe.

- Kasutusel on anonüümne personaliprobleemide esitamise süsteem. Töösooritusega seotud probleemid leiavad kiire käsitle: juht tutvustab töötajale töösoorituse parandamise plaani ja määrab talle juhendaja, mentori. Eesmärk on toetada töötajat vajalike muudatuste tegemisel, et aidata tal säilitada oma töökoht. Haiglas ei lubata kehva töösooritust, kui töösooritus ei parane vaatamata pingutustele, tuleb tööleping lõpetada.

Talentide toetamine

Vanemad kolleegid ei teadvusta, et talentide tööle meelitamine, töökohal hoidmine ja arendamine on organisatsioonis kõrge prioriteediga.

- Personaliosakonna tasemel hinnatakse intervjuu käigus kandidaadi vastavust nõuetele. Kogenumad juhid ei ole seotud värbamisprotsessiga. Uue töötaja kooolitus on organiseerimata. Juhte ei peeta talentide värbamisel vastutavaks.

Kogenum personal teadvustab, et talentide olemasolu organisatsioonis on eelduseks heale sooritusele.

Lisa 4 järg

- Haigla intervjuerimisprotsess on üle ehitatud nii, et tuvastada kõrgelt kvalifitseeruvad kandidaadid. Personaliosakond skriinib kandidaate nende põhiliste kompetentside seisukohast, juhid ja kolleegid viivad läbi intervjuud ning kandidaat täidab küsimustiku, et mõõta tema motiveeritust. Töötajad saavad osaleda koolitus- ja enesearendusprogrammides. Juhte ei peeta vastutavaks töötajate oskuste arendamisel või töötajate värbamisel.

Kogenumat personali peetakse vastutavaks ja hinnatakse selle alusel, kuidas nad suudavad talentide hulka kasvatada.

- Olemas on personali arenguprogramm, karjäärinõustamise meeskonnad kohtuvad personaliga regulaarselt, et hinnata karjääriga seotud eesmärgid ja pakkuda tuge ning nõustamist. Pakutakse võimalusi haridusteed jätkata ja toetatakse õpinguid rahaliselt. Võimaldatakse osaleda lisaks kliinilistele programmidele ka haigla nõupidamistel ja kvaliteedijuhtimise programmides. Juhte hinnatakse vastavalt nende alluvate poolt läbitud koolitustele ja kursustele, sertifikaatide ja kraadide hulgale.

Talentide hoidmine

Kõrgeimate talentide hoidmise nimel tehakse vähe pingutusi.

- Juhid ei tunne, et nende roll on veenda töötajaid jääma oma töökohale. Organisatsiooni ülesanne ei ole sekkuda.

Üldiselt töötatakse kõvasti, et hoida suurimaid talente.

- Juhid pingutavad kõvasti, et parimad töötajad oleksid õnnelikud. Haigla lubab juhtidel muuta töögraafikuid ning võimaldada parimatele töötajatele pikemat puhkust. Juhte ei peeta vastutavaks töötajate vabatahtliku lahkumise eest.

Tehakse kõik, mis vaja, et hoida suurimaid talente igas personalirühmas.

- Juhid kohtuvad iga personali liikmega regulaarselt, et hinnata nende rahulolu tööga ja lahendada muresid. Juhid on reeglina teadlikult pikemat aega enne töötajate

Lisa 4 järg

lahkumist ning töötavad proaktiivselt nende töö hoidmise nimel. Juhtidel on paindlikkust pakkuda erinevaid töökoormuse võimalusi (argipäevatöö, osalise koormusega töö), koolitustoetuseid töötaja arendamiseks, teha palgapakkumisi ja võimaldada positsiooni muutuseid. Juhtivtöötajate palk sõltub ka alluvate töölt lahkumise sagedusest.

Lisa 5. Valideerimistulemused Põhja-Eesti Regionaalhaiglas

Juhtimispraktika dimensioon		Vastaja						
		A	B	C	D	E	F	KaKe juht
1. patsientide hospitaliseerimine	Protsesside juhtimine	4	3	3	4	3	4	4
2. protokollide standartiseeritus		3	1	3	2	3	2	4
3. raportite edastamine personali vahel		4	2	3	3	4	4	4
4. personali kommunikatsioon		4	2	3	1	3	3	4
5. patsiendifookus		3	3	4	1	3	2	4
6. patsientide ambulatoorsele ravile suunamine		4	2	2	3	3	3	5
7. uue tehnoloogia kasutusele võtmine	Töösoorituse juhtimine	5	3	4	2	3	3	4
8. turvalisuse ja ravivigade monitooring		2	3	2	1	2	3	4
9. põhiprotsesside analüüsimine ja parandamine		2	2	2	1	3	3	4
10. töösoorituse hindamine		1	2	2	2	2	2	3
11. tulemuslikkuse arutelu		1	1	1	1	2	1	4
12. eesmärkide tasakaal	Eesmärkide juhtimine	1	1	3	1	3	2	4
13. eesmärkide omavaheline sõltuvus		2	2	3	3	2	3	3
14. eesmärkide ulatus		3	3	3	2	2	2	4
15. tulemustasustamine	Talentide juhtimine	1	1	1	1	1	2	3
16. vähem edukate töötajate käsitlemine		3	3	2	2	2	1	4
17. talentide toetamine		3	4	2	3	1	3	3
18. talentide hoidmine		3	2	2	1	1	2	3

Allikas: autori koostatud uurimistulemuste põhjal.

Summary

MANAGEMENT PRACTICES AND CLINICAL OUTCOMES IN HIGH LEVEL CARDIAC CENTRES

Henri Kaljumäe

In the next decades, the demographic structure of human population will change significantly. It is estimated that by 2050, the number of people who are older than 65 years will double. Declining birth rate, low mortality rate and life expectancy at birth are all drivers of population ageing. Due to demographic changes, we can expect a continuous increase in the workload of health service providers and an increase in government expenditure on health. In Estonia, a problem stems from the compulsory solidarity-based insurance: in the future, there will be a growing disbalance and significant change in proportions between those who consume the medical service and those who contribute to it.

The national health care system is focused on the sustainability of financing, improving the performance of the system and increasing its effectiveness, however, in the author's view, little attention is paid to substantive changes on hospital level. The lack of human resources will also become an actual problem in the future. The author believes that effective use of the capacity of hospitals and their subdivisions requires evidence based management practice. The importance of the quality of management has become evident in Tartu University Hospital, where patients will probably suffer most from the escalating management crisis. The worldwide pandemic of Covid-19 has presented this century's greatest challenge so far to the management capacity of hospitals. Considering all these factors, the aim of this master's thesis is to analyze the connections between the management practices and clinical performance indicators of cardiology centres and offer

recommendations on how to improve the management practices in the cardiology centres of Estonia's two biggest hospitals. To reach this aim, the author of the thesis set five research tasks.

In the theoretical part of the thesis, the author observed the concept of evidence-based management, which incorporates critical evaluation of the best available information and its use in management decisions. The concept of evidence-based management values scientific data and therefore allows to reduce biased and prejudiced management decisions and maximize the benefits of the decisions. Implementation of this concept is affected by several human and organizational factors. The managerial competence of doctors is often limited due to insufficient management training, but their complementary medical skills, influence and perceived trustworthiness by colleagues and public make their potential contribution to management valuable. Evidence-based management can be regarded as a tool that helps to identify management practices that enable the hospital to offer top-quality medical service.

The author of the thesis considered management practices as management capital with the purpose of maximizing the efficiency of the organization. The author found that organizations that actively use management practices are more competitive and sustainable, but the use of management practices varies significantly between hospitals. The important thing is that implementation of management practices helps to raise the quality and effectiveness of health care services, without raising health care costs. The author of this thesis is convinced that the use of management practices in hospitals makes it possible to cope with constantly growing workload.

The author described in greater detail the WMS model of management practices, which was the basis for the empirical part of the thesis. Using the framework of the WMS model, the author focused more closely on performance measurement and management, which is connected to process monitoring and goal-setting on management practices level. Performance measurement and performance management form a system, which, when implemented actively, enables hospitals to offer higher-quality health care service, in a more

efficient and beneficial manner. Correctly selected key performance indicators (KPI) are essential to performance evaluation.

Another important component of WMS that the author studied, was talent management, which is a purposeful activity for creating valuable human resources for the company. Active talent management helps to improve the efficiency and sustainability of hospitals and the quality of health care service. Talent management in an organization begins by defining the essence of talent and focuses on recruiting, developing and retaining. These activities are complementary to each other, rather than independent components, and active focus on one component has a direct effect on others. The author believes that purposeful talent management is not an opportunity for an organization: it's an obligation.

In the empirical part of the thesis, the author analyzed the scope of the implementation of management practices and their relations to clinical effectiveness in the highest-level cardiology centres of two Estonian and two foreign hospitals. To evaluate the management practices, the author used the WMS management practices model created by Bloom and Van Reenen (2007) and later used by McConnell *et al.* (2013), which involves evaluation in the following main categories:

- process management,
- performance management,
- target management,
- talent management.

The author studied the cardiology centres of Tartu University Hospital, North Estonia Medical Centre, Skåne University Hospital and Norfolk and Norwich University Hospitals. The data was collected from the annual reports of hospitals, through the management practices questionnaire based on WMS model, national registers (Myocardial Infarction Register, SWEDHEART, NCAP and BCIS) and publicly available information from the websites of the hospitals.

For this thesis, it was not possible to measure the causal effects between the scope of management practices and selected clinical performance indicators in studied centres, but

based on research results and existing literature, it could be said that in countries where cardiology centres have higher management scores (Sweden and UK), the rate of 30-day mortality after acute myocardial infarction (AMI) is lower and the rate of statin therapy implementation after AMI is higher. The author believes that when comparing the management scores of centres with performance indicators, it could be said that transnational differences in performance can be attributed to numerous different factors and implementation of management practices is just one of them.

Despite the fact that centres' management scores were similar in various dimensions of management practices, the author found that the actual scope of implementation differed between the centres. When considering the discrepancy between scores and actual implementation, one should not underestimate the influence of management crisis in Tartu University Hospital and mistrust towards the chairman of the board, nor the significant changes in health care organization and management during the emergency situation caused by the pandemic. It cannot be completely ruled out that the hospital managers wish to make their organization seem better than it actually is. Based on the results, the author of the thesis gave his recommendations on management practices by main categories to the cardiology centres of Tartu University Hospital and North Estonian Medical Centre.

The author associated the research results with the conclusions made in the theoretical part: the scope of management practices in hospitals is most affected by competition, size of the hospital, form of ownership and competence and autonomy of the managers. Differences in the scope of implementation are, undoubtedly, also affected by the personal and organizational factors described in the theoretical part. In addition to the centralized management structure in Estonian hospitals, one of the main limitations is definitely the lack of resources and the often insufficient cooperation between the hospital's subdivisions. In the author's view, one of the most important personal factors that limits the implementation of management practices is the doctors' modest management training. However, the author believes that the doctors who work as managers have good prerequisites for actively implementing the management practices in the work routine.

The author of this thesis is still convinced that the active implementation of management practices in hospitals is related to efficiency and increased quality of treatment. However, in order to succeed, organizational and personal constraining factors must be overcome and proactive measures must be taken to implement the management practices.

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Henri Kaljumäe,

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) minu loodud teose
KÕRGEIMA ETAPI KARDIOLOOGIAKESKUSTE JUHTIMISPRAKTIKAD JA
KLIINILINE TULEMUSLIKKUS,

mille juhendaja on Krista Jaakson,

reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada digitaalarhiivi DSpace kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.

2. Annan Tartu Ülikoolile loa teha punktis 1 nimetatud teos üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli veebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace kaudu Creative Commons'i litsentsiga CC BY NC ND 3.0, mis lubab autorile viidates teost reprodutseerida, levitada ja üldsusele suunata ning keelab luua tuletatud teost ja kasutada teost ärieesmärgil, alates **01.01.2025** kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
3. Olen teadlik, et punktides 1 ja 2 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
4. Kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei riku ma teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse õigusaktidest tulenevaid õigusi.

Henri Kaljumäe

21.05.2020